

Arbetstidsautonomi

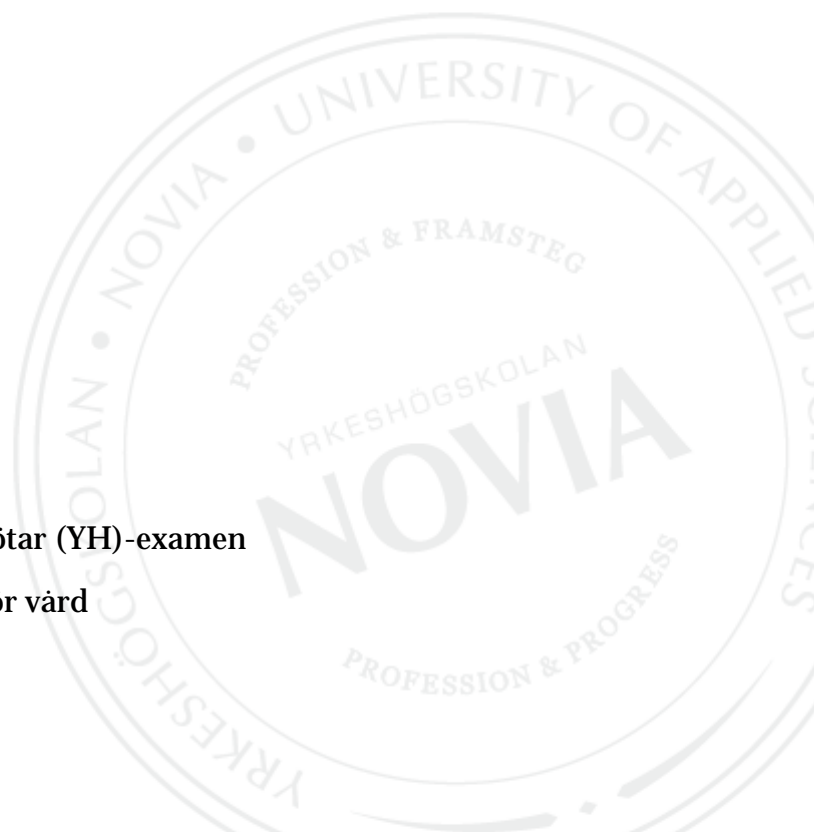
Ett pilotförsök på två bäddavdelningar

Monica Essén-Huhtala

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2010



INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	1
2. UTVECKLINGSARBETETS MÅL OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	3
3. BEGREPP SOM ANVÄNDS I UTVECKLINGSARBETET	3
3.1. PSYKOSOCIALT VÄLBEFINNANDE	3
3.2. HÄLSA OCH PSYKOSOCIALT VÄLBEFINNANDE	4
3.3. KÄNSLAN AV SAMMANHANG.....	5
3.4. AUTONOMI	6
3.5. ARBETSTIDSAUTONOMI	7
4. PSYKOSOCIALT VÄLBEFINNANDE I VÅRDYRKET	7
4.1. SKIFTESARBETETS EFFEKTER PÅ ARBETSTAGARNAS VÄLBEFINNANDE	7
4.2. ARBETSTIDSPLANERING OCH PSYKOSOCIALT VÄLBEFINNANDE.....	10
4.2.1. <i>Autonomi i arbetstidsplaneringen</i>	10
4.2.2. <i>Ergonomiska arbetsturer</i>	12
5. UPPLÄGGNINGEN AV UTVECKLINGSARBETET	13
5.1. AKTIONSFORSKNING	13
5.2. GRUNDEN FÖR FÖRSÖKET	14
5.3. UPPLÄGGNING AV FRÅGEFORMULÄREN	15
6. PRAKTISKT GENOMFÖRANDE AV UTVECKLINGSARBETET.....	16
6.1. TIDTABELL	16
6.2. KARTLÄGGNING AV UTGÅNGSLÄGE (PREENKÄT)	18
6.3. INFORMATIONSTILLFÄLLEN	19
6.3.1. <i>Introduktionstillfälle</i>	19
6.3.2. <i>Informations- och planeringstillfälle</i>	20
6.4. RAMARNA FÖR PLANERINGEN OCH GEMENSAMMA SPELREGLER	21
6.4.1. <i>De fastslagna spelreglerna på avdelning A</i>	22
6.4.2. <i>De fastslagna spelreglerna på avdelning B</i>	22
6.5. PLANERING AV DE EGNA ARBETSTURERNA OCH FÖRVEKLIGANDET AV LISTAN	23
6.6. KARTLÄGGNING AV SITUATIONEN EFTER FÖRSÖKET (POSTENKÄT)	23
6.7. SLUTRAPPORT	24
7. RESULTAT	25
7.1. UTGÅNGSLÄGE PÅ AVDELNINGARNA.....	26
7.2. RESULTAT FRÅN POSTENKÄTEN.....	32

8. KVALITET OCH ETIK	36
8.1. UTVECKLING SAR BETETS KVALITET OCH TROVÄRDIGHET	36
8.2. ETIK I AKTIONSFORSKNING	38
8.2.1. <i>Frivillighet</i>	38
8.2.2. <i>Anonymitet</i>	39
8.2.3. <i>Etisk rapportering</i>	39
9. DISKUSSION.....	40
KÄLLFÖRTECKNING.....	44

BILAGOR:

Preenkät	bilaga 1
Postenkät	bilaga 2
Följebrev till preenkät	bilaga 3
Följebrev till postenkät	bilaga 4
Inledande information till avdelningarna	bilaga 5
Vägledning till gemensamma spelregler	bilaga 6
Bemanningslista	bilaga 7
Gemensamma spelregler på avd A	bilaga 8
Gemensamma spelregler på avd B	bilaga 9
Svar till del B i preenkät	bilaga 10
Svar till del B i postenkät	bilaga 11
Attityder om olika arbetsturer	bilaga 12
Svar från postenkäten	bilaga 13



BACHELOR'S THESIS

Author: Monica Essén-Huhtala

Degree Programme: Bachelor of Nursing

Specialization: Nursing

Supervisor: Heli Vaartio

Title: Working-time autonomy. A trial at two hospital wards.

Date 15.3.2010 Number of pages 47 Appendices 13

Summary

Our day-to-day work is affecting our psychosocial well-being. Family life and work time is often in conflict meanwhile the employers are asking for better quality in less time and our society is asking for later and later onset of retirement. Thus it is in the best interest of our society, but also of the employers, that we find actions that increase the psychosocial well-being of the workers.

Working-time autonomy is a collective method for shift planning which is used for the purpose of increasing the feeling of coherence and psychosocial well-being of the nursing staff. Every employee plans the shifts according to own preferences, but still in co-operation with co-workers. The project was based on a working-time autonomy handbook used in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa.

The aim of the study was to test the shift planning method used in working-time autonomy in two wards at a hospital in Southern Finland. The aim was also to review the effects of working-time autonomy on the psychosocial well-being of the nursing staff and also to see why working-time autonomy is a successful method on one ward, but not on another.

The study was performed as applied action research. The study was carried out with two separate questionnaires. The aim was to survey the preliminary conditions on the wards. The purpose was also to study if any change in psychosocial well-being could be seen among the staff after the trial period of working-time autonomy.

The results of the study indicated that working-time autonomy might have a positive effect on the psychosocial well-being of the nursing staff as long as the people involved shared real motivation and were willing to co-operate.

Language: Swedish Key words: working-time autonomy, nursing staff, psychosocial well-being, applied action research, job control, sense of coherence.

Filed at: : Novia University of Applied Sciences, Turku.



OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Monica Essén-Huhtala

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoitaja

Ohjaajat: Heli Vaartio

Nimike: Työaika-autonomia. Pilottihanke kahdella vuodeosastolla.

Päivämäärä 15.3.2010 Sivumäärä 47 Liitteet 13

Tiivistelmä

Työntekijöiltä odotetaan tänä päivänä paljon. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen on aina vain hankalampaa ja samalla työnantajat vaativat entistä parempaa laatua pienemmillä voimavaroilla ja yhteiskuntamme vaatii aina vain korkeampaa eläkeikää. Työnantajien ja yhteiskuntamme kannalta olisikin tärkeää, että työntekijöiden psykososiaalista hyvinvointia voitaisiin parantaa ja näin ollen saataisiin heidät viihtymään työpaikoillaan pidempään.

Työaika-autonomia on yhteisöllinen tapa suunnitella työvuoroja ja sen tavoitteena on lisätä työntekijöiden koherenssia ja psykososiaalista hyvinvointia. Työaika-autonomiassa jokainen työntekijä suunnittelee työvuoronsa itse, lähtökohtana omat työaikat tarpeet, mutta kuitenkin yhteistyössä muun henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyön pohjana käytettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin työaika-autonomian käyttöönoton työkirjaa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli testata työaika-autonomiaan perustuvaa työvuorojen suunnittelukäytäntöä kahdella vuodeosastolla eteläsuomalaisessa sairaalassa. Samalla haluttiin arvioida työaika-autonomian vaikutuksia henkilökunnan psykososiaaliseen hyvinvointiin, sekä pohtia syitä kokeilun onnistumiselle tai epäonnistumiselle.

Opinnäytetyö toteutettiin soveltavana toimintatutkimuksena. Tutkimuksen tulokset kerättiin kahdella erillisellä kyselykaavakkeella, joiden tarkoituksena oli kartoittaa alkutilanne osastoilla, sekä kartoittaa henkilökunnan psykososiaalinen hyvinvointi, ennen ja jälkeen työaikakokeilun.

Tuloksista kävi ilmi, että työaika-autonomia voi parantaa henkilökunnan psykososiaalista hyvinvointia, mutta se edellyttää osallistujilta sitoutumista ja hyvää yhteistyökykyä.

Kieli: ruotsi Avainsanat: työaika-autonomia, hoitohenkilökunta, psykososiaalinen hyvinvointi, soveltava toimintatutkimus, koherenssi

Arkistoidaan: Ammattikorkeakoulu Novian kirjasto, Turku.



EXAMENSARBETE

Författare: Monica Essén-Huhtala

Utbildningsprogram och ort: Vård Åbo

Inriktningssalternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Heli Vaartio

Titel: Arbetstidsautonomi. Ett pilotförsök på två bäddavdelningar.

Datum 15.3.2010

Sidantal

47

Bilagor 13

Sammanfattning

Dagens arbetsliv kräver allt mera av arbetstagarna. Fritiden och jobbet kolliderar oftare, samtidigt som arbetsgivarna kräver bättre kvalitet och samhället längre arbetskarriärer. Eftersom både samhället och arbetsgivaren har nytta av att arbetstagarna trivs på sina arbetsplatser behövs det åtgärder som kan öka arbetstagarnas psykosociala välbefinnande.

Arbetstidsautonomi är ett kollektivt sätt att planera arbetsturer som har som syfte att öka de enskilda arbetstagarnas känsla av kontroll och psykosociala välbefinnande. Varje arbetstagare tar ansvar och planerar sina egna arbetsturer enligt egna behov, men i samråd med sina kolleger. Som grund för försöket användes "Työaika-autonomian käyttöönnoton työkirja", utarbetad vid Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

Målet med mitt utvecklingsarbete var att genomföra ett kort försök med arbetstidsautonomi på två bäddavdelningar på ett sjukhus i södra Finland. Samtidigt ville jag se om arbetstidsautonomi kan påverka en del av de egenskaper som har en inverkan på det psykosociala välbefinnandet och fundera över vad som kan ligga bakom att ett försök lyckas eller misslyckas.

Utvecklingsarbetet utfördes som tillämpad aktionsforskning och innefattade två enkätundersökningar vars syfte var att ge en bild av utgångsläget på avdelningarna, men även att kartlägga vårdpersonalens känsla av psykosocialt välbefinnande innan och efter försöket.

Resultaten gav en indikation av att arbetstidsautonomi kan förbättra vårdpersonalens känsla för psykosocialt välbefinnande, men det förutsätter att alla som deltar har äkta motivation och är villiga att samarbeta.

Språk: svenska Nyckelord: arbetstidsautonomi, vårdpersonal, psykosocialt välbefinnande, tillämpad aktionsforskning, jobbkontroll, känsla av sammanhang.

Förvaras: Yrkeshögskolan Novias bibliotek, Åbo.

1. INLEDNING

Dagens arbetsliv är hårt: samma arbete skall göras med mindre personal och på mindre tid samtidigt som kvaliteten skall bibehållas eller t.o.m. öka. Samtidigt har det blivit allt svårare att koppla ihop arbete och privatliv. Effekterna av denna utveckling ses framförallt som en ökad psykosocial belastning för arbetstagarna som uttrycker sig bl.a. som allmänt missnöje, ökade sjukfrånvarosiffror och även som nedsatt pensionsålder (Härmä et al. 2006; Tammelin 2009:20).

Den arbetsrelaterade psykosociala stressen har redan visat sig vara ett folkhälsoproblem som har konsekvenser för både individer och samhället (Härmä et al. 2006). På individnivå kan den psykosociala stressen hos t.ex. en sjukskötare tänkas resultera i sämre patientvård, men även som önskan att byta yrke eller som utträde från arbetslivet tidigare än den allmänna pensionsåldern förutsätter. Ur arbetsgivarnas synvinkel är det därför viktigare än någonsin att personalen stannar kvar och trivs på sina arbetsplatser.

Studier har visat ett direkt samband mellan ökat välbefinnande och ökad produktivitet på arbetsplatserna (Hankonen 2009:9; Heponiemi et al. 2008:24). I och med att våra beslutsfattare också har fått upp ögonen för problemet och har insett att den arbetsföra befolkningens välbefinnande är en förutsättning för större produktivitet i vårt samhälle och på våra arbetsplatser har flera hälsofrämjande utvecklingsprogram startats i vårt land. *Hälsa 2015* och *KASTE* är båda Social- och hälsovårdsministeriets nationella utvecklingsprogram som siktar på att befrämja välbefinnandet hos hela befolkningen eller en specifik grupp inom den (*KASTE 2008-2011* 2008; Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001). *VeTe-* och *Hälsofrämjande sjukhus* är i sin tur utvecklingsprogram inom sjukvårdsdistrikten som har som syfte att förbättra kvaliteten på hälso- och sjukvården framförallt genom att befrämja hälso- och sjukvårdspersonalens arbetshälsa och därmed även öka hälsovårdssektorns dragningskraft (International HPH Network 2007:6; *Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011*).

Ordet ”hälsofrämjande” definierades som en process som ger människan en möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och befrämja den (*Ottawa Charter for Health Promotion* 1986:1). Sociologen Aaron Antonovsky (1991) talar i sin tur om att hälsa består av känsla av sammanhang och förutsägbarhet. Därmed kan man anta att genom

att öka förutsägbarheten och kontrollen över det egna arbetet t.ex. genom att själv få bestämma om sina arbetsturer kan arbetstagarens psykosociala välbefinnande ökas (Koivumäki 2005:21-24).

Med tanke på personalens individuella möjligheter att påverka mera sitt eget arbete och sitt liv och därmed öka det psykosociala välbefinnandet har allt flera avdelningar på exempelvis HNS (Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt) övergått till så kallad arbetstidsautonomi. Arbetstidsautonomi innebär att varje enskild arbetstagare planerar själv sina arbetsturer, men i samråd med sina kolleger och inom ramarna för gemensamt uppsatta spelregler samt nationella lagar och lokala överenskommelser om arbetstid (Koivumäki et al. 2005:1-2). Upplevelserna av arbetstidsautonomi har för det mesta varit positiva för den enskilda arbetstagaren, men även för hela arbetsgemenskapen och t.o.m. för sjukhusledningen. Arbetstidsautonomi tycks nämligen ha en positiv inverkan också på rekryteringen av ny vårdpersonal (Koivumäki et al. 2005:20-24; Kosonen & Lahtinen 2008:16).

I detta arbete skall jag redogöra för vad arbetstidsautonomi innebär och hur ett försök med arbetstidsautonomi startas. Dessutom skall jag beskriva vad personalen och ledningen kan vänta sig för effekter av ett försök med arbetstidsautonomi, men även redogöra för de effekter som personalen *de facto* upplevde tack vare försöket. Med tanke på en möjlig fortsättning av försöket kommer jag därtill att redogöra för vad som krävs av personalen och ledningen för att arbetstidsautonomi skall lyckas samt hur personalen upplevde själva försöket. Jag skall även ge en inblick i hur detta försök kan kopplas till hälsofrämjande nationella eller lokala projekt såsom *Hälsofrämjande sjukhus* och *VeTe* som pågår inom sjukvårdsdistriktet.

Utvecklingsarbetet utfördes i form av tillämpad aktionsforskning på två avdelningar på ett sjukhus i södra Finland där det p.g.a. resursbrist inte har tidigare varit möjligt att testa arbetstidsautonomi. Min roll ur sjukhusets synvinkel var att sätta igång ett försök med arbetstidsautonomi som avdelningarna sedan kan fortsätta med på egen hand om personalen så önskar.

2. UTVECKLINGSARBETETS MÅL OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Målet med mitt utvecklingsarbete var att genomföra ett kort försök med arbetstidsautonomi på två bäddavdelningar på ett sjukhus i södra Finland och därmed ge verktyg åt personalen och ledningen att själv fortsätta med en längre försöksperiod med arbetstidsautonomi. Samtidigt ville jag granska vilka effekter arbetstidsautonomi kan ha på personalens psykosociala välbefinnande och vad som kan ligga bakom att ett försök lyckas eller misslyckas.

Upplevelserna om arbetstidsautonomi har nationellt sett varit uppmuntrande och försöken med arbetstidsautonomi har oftast lett till en positiv ändring i bl.a. känslan av psykosocialt välbefinnande bland personalen. Den modell för arbetstidsautonomi som har beskrivits i ”Työaika-autonomian käyttöönoton työkirja” (Koivumäki 2006) har jag använt i tillämpad form som grund för försöket i mitt utvecklingsarbete.

Varje avdelning är unik och tidigare erfarenheter av arbetstidsautonomi kan inte direkt överföras från ett försök till ett annat. Med detta i tankarna utgick jag i mitt utvecklingsarbete från två konkreta frågeställningar: *Hur påverkar arbetstidsautonomi vårdpersonalens känsla av psykosocialt välbefinnande?* och *Vad gör att arbetstidsautonomi fungerar på de flesta avdelningarna, men inte på alla?*

3. BEGREPP SOM ANVÄNDS I UTVECKLINGSARBETET

3.1. Psykosocialt välbefinnande

Arbetslagarnas hälsa och välbefinnande är beroende av fysiska faktorer i arbetsmiljön, men allt oftare påverkas välbefinnandet även av psykiska och sociala faktorer (Härmä et al. 2006; Vahtera et al. 2002:29). I mitt utvecklingsarbete kommer jag att utelämna de fysiska faktorerna och kommer härmed att koncentrera mig endast på de psykosociala aspekterna av välbefinnandet som innefattar även känsla av sammanhang och kontroll. I sådan kontext där det fysiska välbefinnandet kan ha en direkt inverkan på det psykosociala välbefinnandet nämns även den fysiska aspekten.

3.2. Hälsa och psykosocialt välbefinnande

Hälsa och välbefinnande är mångfacetterade ord som är svåra att särskilja och vars innebörd kan variera beroende på vem som definierar dem. Till exempel barn ser hälsa som en motsvarighet till frisk, men en småbarnsmamma kan se hälsa som ett tillstånd där hon kan ta hand om sin familj oberoende om hon är sjuk eller inte (Ewels & Simnett 2005:17–18). År 1948 definierade Världshälsoorganisationen (WHO) hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande och inte endast som avsaknad av sjukdom (WHO 1998:1). Senare har WHO preciserat sin definition på hälsa och idag ses hälsa som en förmåga att anpassa sig till växande yttre krav, stimuli och förväntningar. Hälsa är med andra ord en individuell resurs som ger var och en möjlighet att leva ett produktivt liv om de grundläggande fundamenten för hälsa är tillfredställda och man har kontroll över sitt liv (Ewels & Simnett 2005:19; WHO 1998:1).

Enligt detta holistiska synsätt på hälsan kan man säga att det psykosociala välbefinnandet består av ett samspel av tillfredställda grundläggande behov, personlig tillväxt och anpassning till kriser. Men samtidigt är välbefinnandet också ett medel att uppnå olika mål i det dagliga livet (Ewels & Simnett 2005:21). Välbefinnandet kan alltså ses som ett för varje människa unikt tillstånd som ändras och utvecklas p.g.a. yttre faktorer såsom familj, vänner och arbete. Detta innebär att även arbetslivet har en inverkan på vår upplevelse av välbefinnande. Ewels och Simnett skriver att personer som upplever stress på sin arbetsplats anser antagligen att arbetstrivsel och mindre stress är viktiga för deras välbefinnande (Ewels & Simnett 2005:15).

En sjukskötare kan t.ex. uppleva stress av att kontinuerligt ha en känsla av att inte ha tillräckligt med tid för vare sig familj och barn eller jobb. Bland annat Antonovsky (1991) talar om stressorer (faktorer som vållar problem i livet). Den kroniska stressorn är den som påverkar en människa mest och sträcker sig över många livsområden. Människan kan t.ex. konstant ha en känsla av att de resurser som hon har till sitt förfogande inte räcker till (Tamm 2007:220). Den konstanta skuld känslan kan ge, enligt Antonovsky, sjukskötaren en bristande känsla av sammanhang som i sin tur påverkar negativt på hennes välbefinnande och hälsa (Leino-Loison et al. 2004).

3.3. Känslan av sammanhang

Psykosocialt välbefinnande är ett tillstånd som påverkas framförallt av människans förmåga att anpassa sig till nya eller svåra situationer och att hon känner att hon kan styra sitt eget liv (Ewels & Simnett 2005:19; WHO 1998:1). Det finns flera närbesläktade begrepp som uppmärksammar denna förmåga att hantera förändringar och svårigheter i livet. Som exempel kan nämnas *empowerment*, *coping*, *resilience* och *känsla av sammanhang* (Nilsson 2002:14). Enligt sociologen Aaron Antonovsky är det just vår förmåga att se livet som meningsfullt, begripligt och hanterbart som ger oss en känsla av välbefinnande trots att livet för med sig oväntade och oönskade händelser (Antonovsky 1991:38-41). Därför valde jag Antonovskys känslan av sammanhang (KASAM) som teoretisk utgångspunkt för att definiera psykosocialt välbefinnande i mitt utvecklingsarbete.

Aaron Antonovsky (1991) skriver att om en människa skall uppleva hälsa skall hon ha en känsla av kontroll och sammanhang i sitt liv. Detta salutogena synsätt utgår från att hälsan dikteras av hur individen handskas med de stressfaktorer (psykiska, fysiska, yttre, inre) hon möter i sitt dagliga liv. Antonovsky talar om att människor som har en känsla av sammanhang (KASAM) i sitt liv vänder stressfaktorerna till något positivt och upplever hälsa trots negativ spänning och stress (Antonovsky 1991:12-13). Känsla av sammanhang definieras som ”... *en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig*” (Antonovsky 1991:13).

Kan Antonovskys teorier om KASAM sättas in i en snävare kontext? Modellen om KASAM går visserligen på större djup än vad en person erfar på sin arbetsplats dagligen, men enligt den holistiska synen måste människan ses som en helhet där även hennes arbete spelar en roll. Antonovsky talar samtidigt om att människan är en aktiv och självbestämmande varelse. Om det dagliga arbetet inger människan en känsla av ständigt kaos som hon inte själv kan påverka anser Antonovsky att hon reduceras till ett objekt utan möjligheter till medbestämmanderätt. För att kunna uppleva hälsa och mening med livet (eller i detta fall mening med arbetet) måste människan känna sig som en autonom individ som har möjlighet att själv bestämma vad som är viktigt för just

henne. Den autonoma psykosocialt välbefinnande individen accepterar därmed alla de uppgifter som arbetet för med sig och tar ansvar för dem (Antonovsky 1991:39-142; Tamm 2002:211-213). Även Nilsson (2002:16-17) ser ett samband mellan KASAM och psykosociala faktorer i arbetsmiljön som leder till stress och summerar att *"... hög KASAM är relaterat till att arbetstagarna har färre stressymtom och mindre sjukfrånvaro."*

Enligt Antonovskys tankar kan alltså en stressfull arbetsmiljö leda till ohälsa om arbetstagaren inte har kontroll över situationen (saknar KASAM) och kan därmed inte förutsäga hur situationen kan förväntas lösa sig. Omvänt kan man säga att om arbetstagaren har KASAM kan hon uppleva hälsa trots oväntade och svåra situationer. Antonovsky nämner i sin bok *"Hälsans mysterium"* (1991) om ett fall där arbetstagare som hörde till facket hade mindre problem med sitt blodtryck än de som inte hörde till facket. Antonovsky menar att detta har att göra med känsla av sammanhang och hur de personer som har KASAM handskas bättre med motgångar på arbetet (Antonovsky 1991:27-28).

3.4. Autonomi

Enligt Norstedts Stora svenska ordbok innebär autonomi *"vidsträckt rätt att bestämma om egna angelägenheter oftast dock utan full självbestämmande"* (Nordstedts stora svenska ordbok 2000:49). Om man ser på begreppet autonomi genom dess motsats, heteronomi, kan definitionen på autonomi bli även tydligare. Enligt den filosofiska ordboken kommer ordet heteronomi från grekiska orden *heteros*, annan, och *nomos*, lag, och översätts till *"att följa (eller vara underställd) lagar som andra har givit"* (Nyman & Torrkulla 2009).

Autonomi kan ses som ett tillstånd där människan upplever att hon kan själv välja och bestämma vad hon vill göra och när hon vill göra det (Deci & Ryan 1985 ref. Bubère 2010:4). Om man översätter denna definition till arbetsmiljö kan man säga att arbetstagaren upplever autonomi när hon har möjlighet att själv välja och bestämma om bl.a. sina arbetsförhållanden eller arbetstider. I litteraturen talar man då ofta om *"job control"* eller *"työn hallinta"* (Ala-Mursula et al. 2002; Vahtera et al. 2002:29). Den upplevda känslan av kontroll i arbetet räknas höra till de psykosociala faktorerna som

har visat sig ha en inverkan på arbetstagarnas välbefinnande och hälsa (Vahtera et al. 2002:29).

3.5. Arbetstidsautonomi

Arbetstidsautonomi är ett exempel på en alternativ metod att planera arbetsturena som kan möjliggöra denna s.k. jobbkontroll. Känslan av kontroll upplevs eftersom personalen får i större utsträckning själv bestämma om sina arbetsturer och får därmed själv välja vilka dagar de är på jobb och vilka dagar de är hemma.

Arbetstidsautonomi är ett kollektivt sätt att planera arbetsturer som har som syfte att öka de enskilda arbetstagarnas känsla av kontroll. Varje arbetstagare tar ansvar och planerar sina egna arbetsturer enligt egna behov, men i samråd med sina kolleger. Arbetstidsplaneringen skall stöda enhetens dagliga funktioner och följa gemensamt uppsatta spelregler samt nationella arbetstidslagar, kommunala arbets- och tjänsteavtal (AKTA) samt lokala överenskommelser. Förmannens uppgift är att stöda och handleda arbetstagarna i planeringsarbetet samt att i sista hand ansvara för att bemanningen på avdelningen är lagenlig (Työterveyslaitos 2009). Arbetstidsautonomin innefattar både frihet och ansvar.

4. PSYKOSOCIALT VÄLBEFINNANDE I VÅRDYRKET

4.1. Skiftesarbetets effekter på arbetstagarnas välbefinnande

De flesta forskarna är överens om att skiftesarbete korrelerar med hälsoproblem, men det råder oenighet om den bakomliggande orsaken till problemen. T.ex. Admi et al. (2008) hävdar att själva skiftesarbetet inte är orsaken till sjunkande välbefinnande och hälsoproblem hos sjukskötare, utan ohälsan påverkas av andra variabler såsom kön, ålder och vikt. Andra menar att den konstant störda dygnsrytmen orsakar de största negativa effekterna på arbetstagarens hälsa. Treskiftesjobb har dock en tydlig negativ effekt på arbetstagarens psykosociala välbefinnande eftersom familjeliv och fritid är svårare att koppla ihop med skiftesjobb än med ett regelbundet dagjobb (Härmä et al. 2000:13-16).

Mellan åren 2004 och 2006 genomfördes utvecklingsprojektet ”Ökat välbefinnande i sjukhusarbetet” (Hyvinvointia sairaalatyöhön) av Social- och hälsovårdsministeriet.

Målet med projektet var att hitta nya lösningsmodeller som kan öka arbetshälsan inom vårdbranchen (Kivimäki et al. 2006:4). Ur enkätundersökningarna som utfördes under projektet kom det tydligt fram att personalen önskade bättre möjligheter att påverka sina egna arbetstider. Arbetstagarna efterlyste förståelse för olika livssituationer och närmare hälften av alla som deltog i undersökningen (n = 682-701) önskade att de kunde själv justera arbetstiderna så att de bättre skulle passa ihop med den dåvarande livssituationen (Kivimäki et al. 2006:38, 117).

Skiftesjobb har som sagt påvisats ha en negativ inverkan på arbetstagarens psykosociala välbefinnande (Albertsen et al. 2007:51-53; Grönlund 2007) och olika lösningsmodeller har testats för att minska dessa effekter. Bland annat har man kunnat visa att individuell arbetstidsplanering och flexibilitet från arbetsgivarens sida resulterar i sin tur i flexibilitet och välbefinnande hos arbetstagare (Kandolin 2006; Vahtera et al. 2002). Kandolin nämner att kvinnor som jobbar på veckoslut eller övertid och inte har möjlighet till flexibilitet i sina arbetstider lider oftare av känslor av att privatlivet försummas. Detta återspeglas i sin tur på arbetstagarens känsla av psykosocialt välbefinnande på arbetsplatsen. Hon menar att om arbetstagaren har möjlighet till individuell flexibilitet minskas stressymtomen och därmed ökas känslan av välbefinnande trots att jobbet belastning hålls på samma nivå eller t.o.m. ökas genom krav på övertid (Kandolin 2006:15-16). En sjukskötare som jobbar i arbetspass som hon själv önskar, upplever sitt arbete som positivare och anser att hennes privatliv inte störs av arbetet lika mycket som tidigare. Möjligheten att påverka de egna arbetstiderna har därmed en tydlig positiv effekt på det psykosociala välbefinnandet i jämförelse med en arbetstagare som inte får välja sina arbetstider själv (Admi et al. 2008; Grönlund 2007; Janssen & Nachreiner 2004).

Det ökade psykosociala välbefinnandet som sjukskötaren upplever tack vare möjligheten att få själv bestämma om sina arbetstider kan bero på ökad känsla av sammanhang (Leino-Loison et al. 2004). Tselebis et al. (2001) har i en studie faktiskt visat ett samband mellan låg känsla av sammanhang hos sjukskötare och psykologiska hälsoproblem såsom ångest, depression och burn out. Starkt varierande arbetstider som arbetstagaren inte har kontroll över har visats leda till samma ovannämnda symtom. Den psykosociala spänningen på arbetsplatsen kan även leda till somatiska problem

(bl.a. kardiovaskulära och gastrointestinala sjukdomar) som i sin tur kan leda till sänkt psykosocialt välbefinnande (Härmä & Kecklund 2010; Pisarski et al. 1998).

Sjukskötarens välbefinnande och hur väl de trivs med sitt arbete har undersökts av bl.a. STAKES och Arbetshälsoinstitutet under hela 2000-talet. Resultaten pekar alla åt samma håll: vårdpersonalens psykosociala välbefinnande har blivit sämre i samma takt som de psykiska och sociala kraven på arbetsplatserna har ökat (Heponiemi et al. 2008:24). Samtidigt har längre arbetskarriär och höjd pensionsålder blivit ett av de viktigaste målen i vårt land. Eftersom ökad arbetshälsa har även en direkt inverkan på arbetstagarnas pensionsålder är fenomenet viktigt även ur samhällelig synpunkt.

Åtgärder för att öka arbetskarriärernas positiva sug har redan startats av Social- och hälsovårdsministeriet i form av olika utvecklingsprogram som alla strävar mot att befrämja den arbetsföra befolkningens arbets- och funktionsförmåga samt att utveckla förhållandena på arbetsplatserna så att människorna skall orka längre i arbetslivet (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001:15). Till exempel det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) strävar mot dessa mål bl.a. genom att utveckla arbetstagarnas välbefinnande med hjälp av nationella och lokala projekt som utvecklar ledarskap, arbetsfördelning och välbefinnande på arbetsplatserna (*KASTE 2008-2011* 2008:38-39). ”Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011” (VeTe) samt ”Hälsofrämjande sjukhus” (HFS) är båda utvecklingsprogram som pågår inom det sjukvårdsdistrikt som detta utvecklingsarbete utfördes i. VeTe-projektet har som mål är att öka hälsovårdssektorns dragningskraft samt att öka hälsan och välbefinnandet för hela befolkningen, men även för personalen inom hälso- och sjukvårdssektorn (*Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011*).

17 av 20 sjukvårdsdistrikt i Finland har bundit sig till att utveckla sina enheter i enlighet med WHO:s projekt om hälsofrämjande sjukhus (HFS) (Vihriälä 2008:25-26) och inom ramarna för HFS-projektet kan ett sjukhus t.ex. etablera en familjecentrerad och autonom arbetskultur som ökar arbetsplatsens positiva dragningskraft. En övergång till arbetstidsautonomi kan med andra ord vara ett bra verktyg då ett sjukhus vill etablera sig som ett hälsofrämjande sjukhus. Genom att öka personalens möjligheter att påverka sitt eget arbete och förbättra jämlikheten bland personalen och känslan av rättvisa inom

organisationen kan den enskilda arbetstagarens känsla av sammanhang ökas och stressen minskas. Den positiva bilden av organisationen befrämjar därmed arbetstagarnas psykosociala välbefinnande samtidigt som produktiviteten ökar och personalen förbinder sig till arbetsplatsen och även till att förlänga sina karriärer. Den positiva imagen kan sjukhuset i sin tur använda till sin fördel bl.a. vid rekryteringen av ny personal (Kauppinen & Toivanen 2006).

4.2. Arbetstidsplanering och psykosocialt välbefinnande

Traditionellt är arbetstidsplaneringen avdelningssköterskans uppgift. Arbetstiderna delas ut enligt principen att alla skall ha lika många morgon-, kvälls, natt- och veckoslutsturer. Detta har ansetts vara ett jämlikt och rättvist system, men det kan ifrågasättas. Är det mera jämlikt och rättvist att allas individuella behov tas i beaktande och alla har möjlighet att jobba sådana dagar och tider som passar deras liv bäst? Treskiftesarbete och familjeliv är tufft att koppla ihop och enligt Kivimäki et al. (2006:145) är det svårt att genomföra individuell flexibilitet i arbetstider så länge den traditionella treskiftesmodellen med ”lika arbetspass åt alla” styr planeringen.

Hintsala (2005) har undersökt hur möjlighet till autonomi i arbetet inverkar på hur nöjda sjukskötarna är i sitt arbete. Enligt Hintsala kan paralleller mellan bristande autonomi och bristande motivation ses bland sjukvårdspersonalen (Hintsala 2005:5). Trots att Hintsalas undersökning ger en mera omfattande bild av hur autonomi bland sjukvårdspersonalen eller brist på autonomi påverkar manliga och kvinnliga vårdare, kommer hon fram till att ökad autonomi i allmänhet leder till ökad tillfredsställelse på arbetsplatsen. Hintsala tar inte upp arbetstidsautonomi i sin undersökning, men nämner att i den finländska sjukvården borde man utveckla vårdpersonalens möjligheter till autonomi för att öka vårdyrkets positiva sug och samtidigt minska antalet personer som aktivt söker sig bort från branschen (Hintsala 2005:23-24).

4.2.1. Autonomi i arbetstidsplaneringen

Balansen mellan privatliv och treskiftesjobb är ett stressmoment och trots att arbetstiderna planeras på ett så rättvist sätt som möjligt och önskemål tas i beaktande är alla aldrig nöjda. Variationen av ålder och livssituation är stor bland vårdpersonalen och därför är behovet av olika arbetstidsarrangemang också stort. Samtidigt har studier visat

ett direkt samband mellan ökad jobbkontroll och minskad känsla av konflikt i disponeringen av tid mellan arbete och familjeliv (Grönlund 2007). Erfarenheten har visat att genom s.k. deltagande planering kan man bättre uppnå arbetstider som motsvarar arbetstagarnas behov och därmed även åstadkomma bättre arbetsmotivation (Kandolin & Hakola 2000:46-47). Arbetstidsautonomi är ett exempel på deltagande planering. Genom att arbetstagarna tas med i planeringen av sina egna arbetstider kan enskilda och personliga behov bättre tas i beaktande och missnöjet och den psykiska belastningen minskas bland personalen (Koivumäki et al. 2005:20-24).

Arbetstidsautonomi har visat sig vara ett väl fungerande sätt för arbetstidplanering och den har blivit ett permanent system på flera avdelningar på t.ex. Jorv, Esbo stad (Koivumäki et al. 2005:6) och Etelä-Karjalan Keskussairaala (Kosonen & Lahtinen 2008:15-16). En förfrågning bland personalen på Jorv (n = 135) och Esbo (n = 213) visade att övergången till arbetstidsautonomi hade tydligt minskat de nackdelar som ofta förekommer i koppling med treskiftesarbete (t.ex. trötthet, sömnproblem, gastro-intestinala problem) (Pryce et al. 2006). Arbetstagarna ansåg att de nu sov bättre, var piggare och att hälsan överlag hade förbättrats. I och med att personalen upplevde att deras fysiska hälsa hade blivit bättre, upplevde de även att den psykiska stressen hade minskat på arbetsplatsen och därmed orkade de även bättre med sitt jobb (Koivumäki et al. 2005:22-26). Vi kan alla tänka oss att en sjukskötare som har sovit gott och är väl avkopplad när hon kommer på jobb orkar säkert bättre med den stress som jobbet medför. Detta har troligen i sin tur en positiv effekt även på patientarbetet.

Arbetstagarna upplevde också att när man själv fick ta ansvar för planeringen blev det lättare att koppla ihop treskiftesarbete med familje- och privatliv. Det ökade psykosociala välbefinnandet kunde även ses som förbättrad allmän stämning på avdelningen eftersom arbetstagarnas samarbetsförmåga samt deras enskilda och kollektiva ansvarskänsla förbättrades efter att arbetstidsautonomin togs i bruk på avdelningarna (Koivumäki et al. 2005:22-26).

För att arbetstidsautonomi skall lyckas krävs det dock att alla på avdelningen har kunskap om hur treskiftesarbete och arbetstidsplanering påverkar välbefinnandet. Det krävs även motivation och äkta vilja till ändring från hela arbetsgemenskapen (Työterveyslaitos 2009). Det är dessutom viktigt att alla strävar mot ett tydligt,

gemensamt uppsatt mål och att arbetstagarna känner att de har ledningens fulla stöd (Kandolin & Hakola 2000:46). Arbetstagarna erfar att ledningen stöder dem bl.a. då alla inom personalen får möjlighet till skolning om t.ex. arbetstidslagstiftning och ergonomiska arbetsturer och då personalen får tillräckligt med tid till utvecklingsmöten och senare till själva planeringsarbetet (Koivumäki et al. 2005:11-12). Det är även viktigt att ledningen visar att de respekterar och följer de beslut som personalen har gjort på utvecklingsmötena så länge allt är lagenligt och avdelningens funktioner inte lider. Ledningen skall med andra ord stöda och kontrollera, men även ge rum för innovativt tänkande.

4.2.2. Ergonomiska arbetsturer

Precis som Albertsen säger (2007:71-72) innebär skiftesjobb även en belastning för kroppen vilket i sin tur avspeglas på arbetstagarens psykosociala välbefinnande. Därför har t.ex. Arbetshälsoinstitutet försökt komma fram med olika lösningsmodeller som kan tänkas minska de nackdelar som skiftesjobb för med sig. I boken ”Toimivat ja terveet työajat” (Fungerande och hälsosamma arbetstider) diskuteras alternativa modeller för arbetstidsplanering som strävar mot att minska de negativa effekterna av treskiftesarbetet och möjliggöra en skiftesrotering som stör arbetstagarens dygnsrytm så lite som möjligt (Kandolin et al. 2000:65-79). Det ergonomiska tänkandet innebär att arbetstagaren kan följa ett återkommande schema av arbetsturer (morgon, morgon, kväll, kväll, natt, natt och därefter ledigt) som stöder människokroppens egen dygnsrytm bättre. På detta vis hålls sovrytmen mera normal och man känner sig piggare. Viktigt är även att viloperioderna mellan arbetspassen är tillräckligt långa (minst 10-12 h) och att en dags ledigheter undviks (Paukkonen et al. 2007:6-7).

Ergonomiska arbetsturer kännetecknas framförallt av förutsägbarhet och regelbundenhet (jämför med Antonovskys tankar om salutogenes, se kapitel 3.2.) som båda är egenskaper som har en positiv effekt på arbetstagarens psykosociala välbefinnande (Paukkonen et al. 2007:6-7). Eftersom regelbundenheten i ergonomiska arbetsturer dessutom underlättar arbetstidsplaneringen rekommenderar bl.a. Koivumäki et al. (2005:17) att arbetstagarna får skolning om ergonomiskt tänkande innan arbetstidsautonomi tas i bruk på en avdelning.

5. UPPLÄGGNINGEN AV UTVECKLINGSARBETET

5.1. Aktionsforskning

Aktionsforskning är en form av kvalitativ studie som används idag allt oftare inom hälso- och sjukvården för att utveckla verksamheten. Aktionsforskning är ett samspel mellan forskaren (aktören) och forskningssubjekten (deltagarna) som tillsammans jobbar för att förstå och förändra ett upplevt problemområde. Enligt Dychawy och Springett (2008) kan ett aktionsforskningsprojekt starta med en enkel idé som sedan utvecklas till en förändringsprocess där alla deltagare strävar efter att lösa ett problem eller förbättra en situation (Dychawy & Springett 2008:13-15). Denna metod kopplar ihop forskning och teori med praktiskt arbete och är därför ett bra instrument när man vill förmedla forskningsresultat och samtidigt ändra och förbättra verksamheten i praktiken (Holter & Schwartz-Barcott 1993; Rönnerman 2002:13-18).

Utgångsläget för aktionsforskning är oftast ett verkligt identifierat problem, men de egentliga frågeställningarna kan uppkomma först senare under processens gång. Metoderna som används under forskningen varierar från gång till gång och varje forskare kan själv välja de metoder som passar bäst i just detta sammanhang. Dessutom kan forskaren lämna utrymme för vidare utveckling längs med vägen eftersom aktionsforskning är en kollektiv utvecklingsprocess där båda parterna skall ge och få information (Dychawy & Springett 2008:13-15; Holter & Schwartz-Barcott 1993).

Den klassiska aktionsforskningen indelas i fyra faser: 1) en idé utvecklas till en aktionsplan, 2) den planerade aktionen genomförs, 3) aktionen följs av datainsamling (t.ex. intervjuer, enkäter, observation) och 4) resultaten leder till reflektion, utvärdering och möjligen nya planer (Dychawy & Springett 2008:13). Mitt utvecklingsarbete stöder sig på denna tankegång och liknar mest den formen av aktionsforskning som kallas för tekniskt samarbete. Tekniskt samarbete i aktionsforskning innebär att forskaren testar en specifik teoretisk intervention på ett färdigt identifierat problem och ser om teorin fungerar i praktiken. Samarbetet mellan forskaren och deltagarna syftar till att väcka deltagarnas intresse för teorin och hjälpa dem att genomföra interventionen (Holter & Schwartz-Barcott 1993).

5.2. Grunden för försöket

Ett aktionsforskningsprojekt startas med en idé eller ett direkt definierat problem. Mitt utvecklingsarbete utgick i första hand ifrån min egen tanke om att arbetstidsautonomi är en bra alternativ modell för arbetstidsplanering som är värd att testas i praktiken varför jag i februari 2009 kontaktade ett sjukhus i södra Finland för att fråga i fall de skulle ha intresse för ett försök med arbetstidsautonomi. Sjukhusets personal- och utvecklingschef meddelade genast att intresse och vilja finns på två avdelningar, men p.g.a. resursbrist har inte ett försök kunna startas. I mars 2009 träffade jag personal- och utvecklingschefen samt den dåvarande avdelningssköterskan och kom överens om en preliminär aktionsplan och tidtabell för försöket.

De följande stegen i aktionsforskning innebär att den planerade aktionen genomförs och att man samlar in data. Det planerade arbetstidsautonomiförsöket utfördes på två bäddavdelningar på ett sjukhus i södra Finland. Data samlades med hjälp av frågeformulär som personalen fick svara på före och efter försöket. På avdelning A bestod personalen av 11 sjukskötare och 5 primär- eller närvårdare. På avdelning B bestod personalen av 14 sjukskötare och 3 primär- eller närvårdare. (I detta arbete kommer jag inte att särskilja på de olika yrkesbenämningarna utan kommer med orden ”vårdare” eller ”skötare” att syfta till alla dessa yrkesgrupper.)

Som grund för försöket med individuell arbetstidsplanering på testavdelningarna A och B användes den modell som har beskrivits i ”Työaika-autonomian käyttöönnoton työkirja” (Koivumäki 2006). Modellen är väldigt omfattande och kräver mera tid och resurser än vad jag hade till förfogande inom ramarna för utvecklingsarbetet varför modellen användes i tillämpad form. Varje sjukhus och varje avdelning inom ett sjukhus har dessutom sina egna särdrag tack vare skillnader i mängden, kön och ålder av personalen, den inbördes personkemin på avdelningen, typen av avdelning och t.ex. mängden av resurser som finns till förfogande. Med tanke på detta kunde inte den redan utarbetade modellen för arbetstidsautonomi användas som sådan. Precis som Koivumäki (2006:11) säger bör en initiell kartläggning av avdelningens nuläge genomföras för att de avdelningsanpassade ändringarna skall kunna göras till den existerande modellen. Kartläggningen skedde genom enkätundersökning på bägge avdelning.

5.3. Uppläggning av frågeformulären

Aktionsforskning i sig lägger inga krav på hur datainsamlingen skall ske, men med tanke på utvecklingsarbetets frågeställningar *”Hur påverkar arbetstidsautonomi vårdpersonalens känsla av psykosocialt välbefinnande?”* och *”Vad gör att arbetstidsautonomi fungerar på de flesta avdelningarna, men inte på alla?”* blev det tidigt klart att en ren kvalitativ eller kvantitativ studie inte skulle ge svar på båda punkterna. Därför valde jag att lägga upp frågeformulären i semistrukturerad form vilket innebär att enkäterna innehåller både kvantitativa och kvalitativa frågor. Svaren till kvantitativa frågor kan sammanställas i siffror eller rangordnas. Kvalitativa frågor strävar däremot mot att beskriva ett fenomen eller ge ett egenvärde åt varje enskilt svar (Trost 2001:16-18).

Som teoretisk bakgrund för de kvantitativa frågorna gällande personalens psykosociala välbefinnande användes frågor utarbetade av Arbetshälsoinstitutet (2005). Enkäten kan enligt Arbetshälsoinstitutets anvisningar fritt användas av arbetshälsovården för att kartlägga vilka psykiska, fysiska och sociala effekter skiftesarbete kan ha på en arbetstagare. Eftersom mitt mål var att kartlägga personalens psykosociala välbefinnande och enkäten även kartlägger detta ansåg jag mig kunna använda den som riktgivande startpunkt för mina egna frågor. Jag valde de frågor som enligt mig mäter den psykosociala aspekten av välbefinnandet.

Frågorna i enkäterna har en genomtänkt koppling till utvecklingsarbetets teoretiska del. Till exempel frågorna om motivation att komma på jobb har sin bakgrund i Hintsalas (2005:5) studie som visade att det finns paralleller mellan bristande autonomi och bristande motivation bland sjukvårdspersonalen. Frågan *”Jag kan påverka mina egna arbetstider”* grundar sig i sin tur på den upplevda känslan av kontroll som enligt Vahtera et al. (2002:29) hör till de psykosociala faktorer som har visat sig ha en inverkan på arbetstagarnas välbefinnande och hälsa. Den upplevda psykiska stressen på arbetsplatsen korrelerar enligt Koivumäki et al. (2005:22-26) med arbetstagarnas psykosociala välbefinnande och hur väl de upplever att de orkar med sitt jobb. För att jämföra personalens psykosociala välbefinnande före och efter försöket ställdes frågan *”Jag orkar i allmänhet med mitt jobb”* i både pre- och postenkäten.

Med de kvalitativa (öppna) frågorna som fanns i slutet av det första frågeformuläret (preenkät, bilaga 1) ville jag ge personalen en möjlighet att med egna ord berätta hur de anser att arbetstidsplaneringen fungerar på deras avdelning i nuläge. Frågan om förbättringsförslag till sättet att planera arbetsturer hade egentligen som mål att lyfta fram upplevda problem i det nuvarande systemet. De kvalitativa frågorna i postenkäten (bilaga 2) hade som uppgift att kartlägga personalens attityder om arbetstidsautonomi, upplevelser om hur försöket hade förverkligats på avdelningen och av mig. Dessutom innehöll enkäten en tydlig fråga gällande personalens önskan att fortsätta med arbetstidsautonomi på avdelningen. Eftersom en avdelning fungerar bra endast om hela helheten fungerar bra ville jag även veta om personalen anser att arbetstidsautonomi kan inverka på patientvården genom att rapporteringen eller dokumentationen inverkas eller om arbetstider planerade under arbetstidsautonomiförsöket har en inverkan på kontinuiteten av patientvården.

Med båda enkäterna följde ett s.k. missivbrev (bilaga 3 och 4) vars uppgift var att informera mottagaren om vad enkäten har för syfte, men även vem som gör frågorna och varför. Missivbrevet är den som skall motivera mottagaren att svara på enkäten (Trost 2001:93-94).

6. PRAKTISKT GENOMFÖRANDE AV UTVECKLINGSARBETET

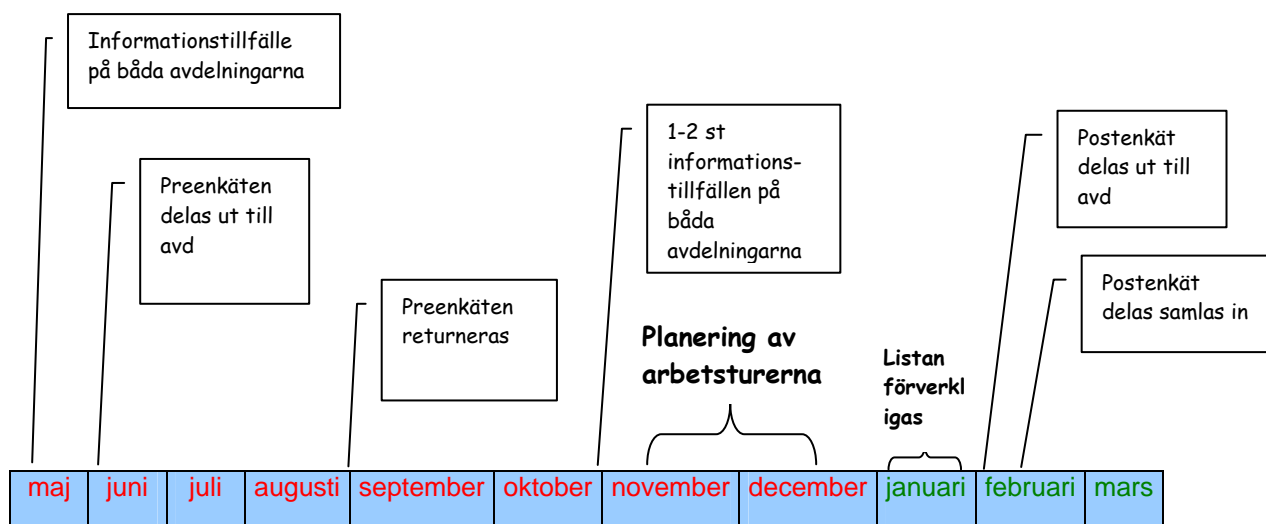
6.1. Tidtabell

Tidtabellen för utvecklingsarbetet formades av följande faktorer: skolans tidtabell för utvecklingsarbetet, min egen tidtabell (moderskapsledighet och semester) samt avdelningens tidtabell (semestrar, skolningar, normala tider för planering och förverkligande av arbetsturslistor). Med tanke på att personalen skulle planera själv sina egna arbetsturer för första gången var det även viktigt att välja en tidsperiod för själva försöket som inte innehåller t.ex. långa ledigheter (julen) som oftast orsakar specialarrangemang i arbetsschemat. Dessutom var det viktigt att ta i beaktande att Koivumäki (2006:4) rekommenderar flera månader eller helst ett år för planeringen och förverkligandet av arbetstidsautonomi.

Jag kom överens om en preliminär tidtabell i mars 2009 med den dåvarande avdelningssköterskan och sjukhustes personal- och utvecklingschef. An efter att

utvecklingsarbetet fortskred kom jag överens om noggrannare tider med avdelningssköterskan. Första mötet i mars 2009 skedde i sjukhusets utrymmen, men därefter sköttes tidsplaneringen oftast per e-post mellan mig och avdelningssköterskan.

Den preliminära tidtabellen justerades en aning längs med att utvecklingsarbetet fortskred och den slutliga förverkligade tidtabellen ses i figur 1.



Figur 1. Tidtabell för försöket (maj 2009-mars 2010).

Efter sommaren byttes avdelningssköterskan och då träffade jag den nya i början av september i hennes arbetsrum där vi diskuterade det kommande försöket och vad jag förväntar mig att hon skall bidra med innan och under försöket. Avdelningssköterskan visade åt mig ett exempel på hur en färdig arbetsturslista ser ut och berättade att hon i normala fall gör en lista på en vecka. Enligt Koivumäki (2006:4) kan det vara skäl att reservera åtminstone 2 veckor för genomgång av listorna vilket vi även kom överens om att följa. Avdelningssköterskan fick även som uppgift att printa ut en tom arbetsturslista var det framkommer varje arbetstagares individuella totala arbetstid. Denna lista skall sedan användas som s.k. samlingslista på bägge avdelning. Varje enskild arbetstagare skall även få en egen tom lista för att kunna planera sina arbetsturer. Dessutom skulle avdelningssköterskan fylla i en s.k. bemanningslista för respektive avdelning där det framkommer hur många sjukskötare och primär/närvårdare skall finnas på plats i varje enskilt arbetspass för att försäkra avdelningens normala funktioner.

Eftersom det inte tidsmässigt var möjligt att ge skolning om allmänna kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet (AKTA) och arbetstidslagen kom vi också överens om att avdelningssköterskan står till personalens förfogande om det uppkommer frågor gällande arbetstidslagstiftning. Hon skulle även se till att båda avdelningarna har ett exemplar av AKTA-reglerna till förfogande.

6.2. Kartläggning av utgångsläge (preenkät)

Eftersom utvecklingsarbetet utfördes på en för mig obekant arbetsplats behövdes en kartläggning av personalen på försöksavdelningarna. Kartläggningens uppgift var att ge mig allmän information om avdelningen och dess personal (ålder, kön, utbildning, livssituation). Samtidigt var tanken att kartlägga personalens uppfattning om den nuvarande situationen på avdelningen (hur samarbetet fungerar mellan vårdarna eller med avdelningssköterskan och hur arbetsturslistorna planeras av avdelningssköterskan), men även deras nuvarande känslor om psykosocialt välbefinnande och koppling mellan arbete och privatliv. Kartläggningen utfördes med hjälp av ett semistrukturerat frågeformulär indelat i tre delar: A. Bakgrundsinformation, B. Nuläge på min avdelning och C. Öppna frågor (bilaga 1).

Under rubriken "Nuläge på min avdelning" fanns det 27 stycken s.k. Likert- eller attitydfrågor med 5 svarsalternativ "väldigt bra – bra – dåligt – väldigt dåligt – vet inte". Målet med frågorna var att kartlägga skötarnas attityder om nuläget på sin arbetsplats, om kopplingen mellan arbete och privatliv samt att mäta vårdarnas psykosociala välbefinnande. Frågorna uppställdes i slumpmässig ordning för att inte styra svaren (Patel & Davidson 2003:84-87). I bilaga 1 har kategorierna för frågorna skiljts åt visuellt enligt följande: bakgrundsinformation och skötarnas attityder om nuläget på arbetsplatsen (ingen stiländring), **kopplingen mellan arbete och privatliv** (fet stil) samt **vårdarnas känsla av välbefinnande** (kursiverad, understruken fet stil).

Personalen fick preenkäten i juni 2009. Svaren återlämnades via avdelningssköterskan till mig i slutet av augusti och i början av september 2009. För att försäkra anonymiteten återlämnades svaren i slutna kuvert.

Med enkäten följde ett missivbrev (bilaga 3) vars uppgift var att presentera mig, min handledare och det kommande arbetstidsautonomiförsöket åt mottagaren samt att

informera mottagaren om syftet med frågeformuläret och att försäkra att enkäten behandlas så att svararens anonymitet försäkras.

6.3. Informationstillfällen

Att övergå till arbetstidsautonomi är en omfattande process och kräver tid och övning, men även entusiasm och vilja till ändring från hela personalen. Sannolikheten för att personalen förhåller sig positivt till försöket med arbetstidsautonomi ökar om alla är välinformerade. Därför skall informationen vara så heltäckande att både vårdpersonalen och ledningen ser fördelarna med försöket. Dessutom bör informationen komma gradvis och upprepas för att alla skall få en möjlighet att i egen takt fundera över hur det nya systemet kan stöda hennes/hans individuella välbefinnande.

6.3.1. Introduktionstillfälle

I maj 2009 hölls initierande informationstillfällen på respektive avdelning på avdelningarnas ordinarie avdelningstimmar. Vid dessa tillfällen fick personalen höra om vad arbetstidsautonomi och ergonomiska arbetsturer är, vad det kan innebära för dem på personlig nivå och vad det kommer att innebära för dem som en arbetsenhet. Största delen av informationen gavs muntligt, men med stöd av ett kortfattat skriftligt material som innehöll bl.a. förklaringar på orden autonomi och arbetstidsautonomi samt huvudpunkterna av den muntligt givna informationen och en kort källförteckning (bilaga 5). Personalen fick även en preliminär tidtabell för det kommande försöket. Bifogat fanns också kontaktuppgifter till mig och min handledare. Dessutom fick bägge avdelning en kopia av ”Työaika-autonomian käyttöönnoton työkirja” (Koivumäki 2006) och jag uppmanade att alla på avdelningen skulle bekanta sig med materialet.

Jag berättade även kort om mig själv och min motivation att göra utvecklingsarbetet. Personalen fick information om att de i början av juni kommer att få fylla i en enkät som jag har sammanställt. De fick även veta att jag med hjälp av enkäten försöker få en bild av deras känslor om nuvarande arbetstidsplaneringen samt deras egna upplevelser om hälsa och välbefinnande.

Med på introduktionstillfället på avdelning A fanns avdelningssköterskan, personal- och utvecklingschefen och fem vårdare (av 16 möjliga). Mötet hölls i kafferummet.

På avdelning B var närvarande avdelningssköterskan, ansvariga sjuksköterskan och fem vårdare (av 17 möjliga). Mötet hölls i kafferummet.

6.3.2. Informations- och planeringstillfälle

I oktober 2009 hade jag två informations- och planeringstillfällen på avdelning A och i början av november hade jag ett tillfälle på avdelning B. Andra tillfället föll bort p.g.a. att jag var sjuk på den avtalade dagen och tid för ett nytt tillfälle kunde inte ordnas innan försöket med arbetstidsautonomi skulle starta den 15. november 2009.

Vid första tillfället var målet att repetera vad arbetstidsautonomi är och vad det påbörjade försöket innebär för var och en, men även förklara dess innebörd för arbetsgemenskapen. Eftersom Paukkonen et al. (2007) skriver att ergonomiska arbetsturer ökar förutsägbarheten i arbetsturerna samtidigt som de även förbättrar det fysiska välbefinnandet och Koivumäki et al. (2005:17) rekommenderar att arbetstagarna får skolning i hur ergonomiska arbetsturer planeras berättade jag åt personalen även om tanken bakom de ergonomiska arbetsturerna och hur dessa kan förverkligas i en arbetsturslista.

En viktig del av detta tillfälle var att uppmana personalen att komma överens om de spelregler som styr planeringen av de egna arbetsturerna. Som vägledning hade jag översatt och sammanfattat sådana punkter som Koivumäki (2006:13) anser att är viktiga när gemensamma spelregler planeras (bilaga 6). På avdelning A kom vi tillsammans med avdelningssköterskan och de närvarande vårdarna (3 st. av 16 möjliga) överens om att alla får en egen tom arbetslista där de får planera in sina individuella arbetsturer. Arbetsturerna överförs sedan på en gemensam samlingslista som skall vara synligt placerad. Samma förhandlingssätt föreslogs åt och fastslogs av de närvarande (avdelningssköterskan, den ansvariga sjuksköterskan och 4 vårdare av 17 möjliga) på avdelning B. På avdelning A ansåg de att listan kunde sättas upp på väggen i kansliet. På avdelning B kunde ingen bestämd plats utpekas ännu varför personalen fick som uppgift att komma överens även om denna punkt tills nästa tillfälle.

Dessutom valdes en listansvarig på vardera avdelningen. Den listansvariga hade som uppgift att föra vidare informationen åt de personer som inte var närvarande på mötet och att samla ihop allas åsikter och idéer om de gemensamma spelreglerna.

Målet med det andra tillfället var att fastslå de gemensamma spelreglerna samt att svara på eventuella frågor som har uppkommit under planeringen av spelreglerna. På plats på avdelning A fanns jag, den listansvariga och två andra vårdare. P.g.a. mitt insjuknande och tidsbrist föll det andra tillfället bort på avdelning B.

6.4. Ramarna för planeringen och gemensamma spelregler

Oberoende om arbetstiderna planeras av avdelningssköterskan eller av personalen själv måste det allmänna kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet (AKTA), arbetstidslagen och eventuella lokala överenskommelser följas. Dessa regler utgör ramarna för planeringen (Koivumäki 2006:5). Avdelningssköterskan ansvarar för att dessa följs även under arbetstidsautonomiförsöket.

Dessutom har avdelningssköterskan ansvar över att det vid alla tidpunkter av dygnet finns tillräckligt med personal med rätt skolning på plats varför hon gör upp en bemanningslista enligt modellen i bilaga 7. Där framkommer hur många sjukskötare och primärskötare bör finnas varje dag i morgon-, kvälls- och nattur. Bemanningslistan styr planeringen av de egna arbetsturena varför den skall vara synligt placerad på avdelningen.

Genom att komma överens om gemensamma spelregler för planeringen av arbetsturena försäkras att planeringen är rättvis och jämlik. Inom avdelningarna skall de gemensamma spelreglerna utarbetas i samarbete med samtliga vårdare eftersom spelreglernas uppgift är att försäkra att alla känner att de blir hörda, men även att arbetsfunktionerna på avdelningen säkras (Koivumäki 2006:13). Bägge avdelning skall utarbeta sina spelregler skilt för sig eftersom avdelningarna har funktionella särdrag som kan inverka på planeringen av arbetslistorna. De fastslagna spelreglerna skall sedan följas till punkt och pricka av alla inom avdelningen och skall därför också vara synligt placerade i kombination med bemanningslistan.

Diskussionen om de gemensamma spelreglerna på avdelningarna öppnades av mig med förslag om frågor som borde behandlas. Som exempel tog jag upp frågan om vad man skall göra om någon på avdelningen inte vill/kan/hinner planera sina egna arbetsturer. Dessutom gav jag några viktiga punkter utskrivna på ett papper (bilaga 6) som grund för diskussionen. Jag uppmanade dem att diskutera öppet och skriva ner tankar och förslag på pappret. Eftersom de flesta på avdelningen inte kunde delta på dessa

planeringsmöten, men alla hade rätt att bli hörda poängterade jag vikten av att alla skriver ner sina egna förslag.

De gemensamma spelreglerna och bemanningslistan styr planeringen av arbetsturerna varför jag uppmanade personalen på båda avdelningarna att placera dem synligt i närheten av samlingslistan. På avdelning A kom personalen överens om att bemanningslistan och de gemensamma spelreglerna placeras i en mapp i närheten av samlingslistan. På avdelning B tejpades bemanningslistan och de gemensamma spelreglerna på kafferummets dörr, precis bredvid samlingslistan.

6.4.1. De fastslagna spelreglerna på avdelning A

Vid nästa planeringsmöte två veckor senare fastslogs spelreglerna på basen av nerskrivna förslag. De fastslagna spelreglerna skrevs rent av den listansvariga och jag fick en egen kopia (bilaga 8).

Personalen hade kommit överens om att alla får välja fritt hurudana arbetspass de vill göra och att alla får "låsa" fyra turer per lista. Att "låsa" en arbetstur i listan innebär enligt överenskommelse att personen i fråga byter ut den turen ogärna. Målet är att alla får behålla sina låsta turer. I spelreglerna fastslogs även förfarande om någon inte vill/kan/hinner planera sin egen arbetslista. Alla skall enligt reglerna även se till att ha åtminstone en hel ledig dag per vecka eller två lediga dagar om man har avverkat två eller flera natturer. Enligt avdelningssköterskans rekommendation fastslogs även att de som gör endast natturer får planera in sina arbetspass först.

Med tanke på smidigt samarbete skrev personalen även ner regeln "De som är missnöjda med sina turer säger 'högt' till." De kom också överens om vem som är listansvarig och vad som hör till den listansvariges uppgifter (att göra listan för den som inte vill/kan/hinner samt att fungera som övervakare).

6.4.2. De fastslagna spelreglerna på avdelning B

Den listansvariga samlade ihop och fastslog tillsammans med sina kolleger de gemensamma spelreglerna varefter den ansvariga sjukskötaren skickade dem per e-post åt mig (bilaga 9). På denna avdelning användes de frågor som beskrivs i bilaga 6 som utgångspunkt för de gemensamma spelreglerna.

På avdelning B kom personalen överens om att ha fem ”låsta” turer per lista, men dessutom ännu 5 förhandlingsbara turer. Även här ansågs det att man inte behöver ha ett visst antal morgon-, kvälls- eller natturer eller veckoslut, men att endast två veckoslut får göras efter varandra. På den här avdelningen specificerades inte vem som gör listan om någon på inte vill eller kan göra sin egen lista. Frågan om hur långt ledigt man kan ha besvarades med ett tolkningsbart ”1-4 beroende på hur många arbetspass man jobbat”. Ett gott samarbete ville poängteras genom att fastslå att man skall ”diskutera, kompromissa – flexibilitet”.

6.5. Planering av de egna arbetsturerna och förverkligandet av listan

Koivumäki skriver i ”Työaika-autonomian käyttöönnoton työkirja” att det är viktigt att reservera tillräckligt med tid för planeringsarbetet (Koivumäki 2006:16). I linje med Koivumäkis förslag och enligt överenskommelse med avdelningssköterskan fick personalen på båda avdelningarna fyra veckor (15.11.-15.12.2009) tid på sig att planera de egna arbetsturerna för en period av tre veckor. Under de därpå följande två veckorna hade avdelningssköterskan tid att kontrollera och godkänna listorna. Den planerade listan förverkligades i januari 2010 (11.1.-31.1.).

Personalen hade instruerats av mig att planera sina arbetsturer i första hand utgående från sina egna behov och i mån av möjlighet även enligt ergonomiskt schema på enskilda tomma arbetslistor. De enskilt planerade arbetsturerna överfördes sedan till en gemensam samlingslista varefter var och en hade som uppgift att kontrollera att de egna arbetsturerna stöder avdelningens bemanningsbehov och inte strider mot de gemensamt överenskomna spelreglerna. Vid behov kunde även den listansvarige be enskilda personer att kontrollera sina arbetslistor och uppmana dem att förhandla med kolleger för att reda ut problem i arbetslistan.

6.6. Kartläggning av situationen efter försöket (postenkät)

Efter att den första självplanerade arbetslistan hade förverkligats i januari 2010 på bägge avdelningar fick personalen svara på en postenkät (bilaga 2) som delades ut till avdelningarna i början av februari. Personalen fick 14 dagar tid på sig att svara och returnera enkäterna till mig via avdelningssköterskan. För att försäkra anonymiteten i svaren återlämnades enkäterna även denna gång i slutna kuvert.

Postenkätens syfte var att kartlägga personalens nuvarande känslor av psykosocialt välbefinnande om de utgår från antagandet att arbetstidsautonomiförsöket fortsätter på deras avdelning. Dessutom var det av värde att kartlägga hur personalen har upplevt arbetstidsautonomiförsöket överlag och om de anser att arbetstidsautonomi möjligtvis inverkar på patientvården via ändringar i rapporteringen eller dokumentationen eller har en direkt inverkan på kontinuiteten av vården. Med tanke på utvecklingsarbetets kvalitet var det även viktigt att ge personalen möjlighet att evaluera sin andel i försöket.

Del A från preenkäten (bilaga 1) användes till största delen oförändrad. Frågan som gällde de tre senaste arbetsplatserna hade dock ersatts med en direkt fråga om man personligen önskar att arbetstidsautonomiförsöket fortsätter på avdelningen. Frågorna gällande nuläge på avdelningen i del B koncentrerades i postenkäten att täcka frågor som kartlägger personalens psykosociala välbefinnande och kopplingen mellan jobb och privatliv. Frågor som gällde skötarnas attityder om t.ex. hur samarbetet med avdelningssköterskan fungerar eller hur väl t.ex. en morgontur passar svararens livssituation lämnades bort eftersom dessa frågor inte hade en funktion i postenkäten. I stället fick skötarna svara på huruvida de anser att arbetstidsautonomi inverkar på patientvården (kontinuiteten, dokumentationen, rapporteringen). De öppna frågorna i del C omformulerades till att behandla personalens tankar om själva försöket. De fick även möjligheten att ge förbättringsförslag samt ge kommentarer om hur sin andel i försöket hade lyckats.

6.7. Slutrapport

Aktionsforskning strävar mot att utveckla och förbättra verksamheten genom att överföra ny kunskap från teorin till praktiken. Verksamheten kan dock utvecklas endast om deltagarna får konstruktiv information om själva utvecklingsprocessen, men även om resultaten. Aktionsforskningen har uppnått sitt mål om rapporteringen leder till vidare reflektion och möjligen till nya förbättringsidéer (Dychawy & Springett 2008:13).

För att avdelningarna skall kunna gå vidare med försöket och fortsätta en längre tid med arbetstidsautonomi bör de få feedback om detta initierande försök. Jag skall besöka båda avdelningarna i april 2010 och ge dem en sammanfattning om hur personalen upplevde försöket enligt enkätsvaren, om någon ändring till bättre psykosocialt

välbefinnande redan kunde ses eller inte och vad personalen och sjukhusledningen borde ta i beaktande om/när försöket med arbetstidsautonomi fortsätter på avdelningarna. En slutlig rapport ges när personalen och avdelningssköterskan har haft möjlighet att diskutera med mig om utvecklingsarbetets faser och tolkningen av enkätsvaren.

I slutrapporten kommer jag att använda mig av informationen jag får från frågeformulären och den information som jag erhåller på mitt besök på avdelningarna i april 2010. Resultaten ges dock på allmän plan för att försäkra anonymiteten.

All forskning strävar mot att producera ny kunskap som kan delges en större publik (Pietarinen 2002:59). Samma gäller även aktionsforskning. Trots att de resultat som uppkommer under mitt utvecklingsarbete inte är allmängiltiga och är inte direkt överförbara till någon annan avdelning på något annat sjukhus ser jag det som en viktig del av mitt arbete att förmedla den kunskap jag har erhållit under utvecklingsarbetets gång till en vidare publik. Informationen i slutrapporten kommer jag därmed även att använda i en artikel om arbetstidsautonomi.

7. RESULTAT

Utvecklingsarbetets resultat består av svar erhållna från preenkäten (kartläggning av utgångsläge på avdelningarna, bilaga 1) och postenkäten (kartläggning av nuläge samt upplevelser av arbetstidsautonomi, bilaga 2).

Alla resultat från pre- och postenkätens B-del (Likertfrågorna) kan ses i bilaga 10 och 11 i tabellform. Frågorna i tabellen är i samma ordning som i enkäterna och resultaten från bägge avdelning är ordnade efter varandra, men avskiljda med färg för att underlätta jämförelse mellan avdelningarna. Resultaten ges både numeriskt och i procent.

Syftet med mitt utvecklingsarbete var att förutom att konkret utföra ett försök med arbetstidsautonomi, även undersöka om arbetstidsautonomi kan påverka personalens känsla av psykosocialt välbefinnande. För att kunna avgöra om detta försök hade haft en inverkan behövdes en kartläggning av personalens känsla av psykosocialt välbefinnande före försöket och en ny kartläggning efter försöket. Enligt litteraturen (Koivumäki et al.

2005:22-26) kan en persons fysiska välbefinnande även ha en inverkan på hennes psykosociala välbefinnande varför en fråga gällde även det fysiska välbefinnandet.

Dessutom ville jag veta varför arbetstidsautonomi ibland inte fungerar på en avdelning, trots att systemet oftast upplevs som positivt. Som det nämns på Arbetshälsoinstitutets hemsidor (Työterveylaitos 2009) krävs det framförallt motivation och vilja till ändring från både ledarnas och personalens sida för att ett försök med arbetstidsautonomi skall lyckas. För detta ändamål behövdes en kartläggning av personalens åsikter om hur det nuvarande sättet att planera arbetsturer fungerar, men även hur de upplever att t.ex. samarbetet inom personalen och med avdelningssköterskan fungerar. Med hjälp av de öppna frågorna i preenkäten (bilaga 1) hoppades jag på att få en indikation om hur motiverade personalen på respektive avdelning är att övergå till ett nytt system.

Den positiva effekten som arbetstidsautonomi har visats ha på den enskilda arbetstagarens psykosociala välbefinnande har i sin tur gett gynnsamma påföljder för hela arbetsgenmenskapen. Förutom att de redan existerande arbetstagarna trivs bättre på sin arbetsplats och kan tänkas t.o.m. förlänga sin karriär, har arbetstidsautonomin också haft en positiv inverkan vid rekryteringen av ny personal. Med tanke på helheten var det därför även av intresse att kartlägga om arbetstidsautonomi kan tänkas ha en effekt på patientvården, varför även denna aspekt togs upp i postenkäten.

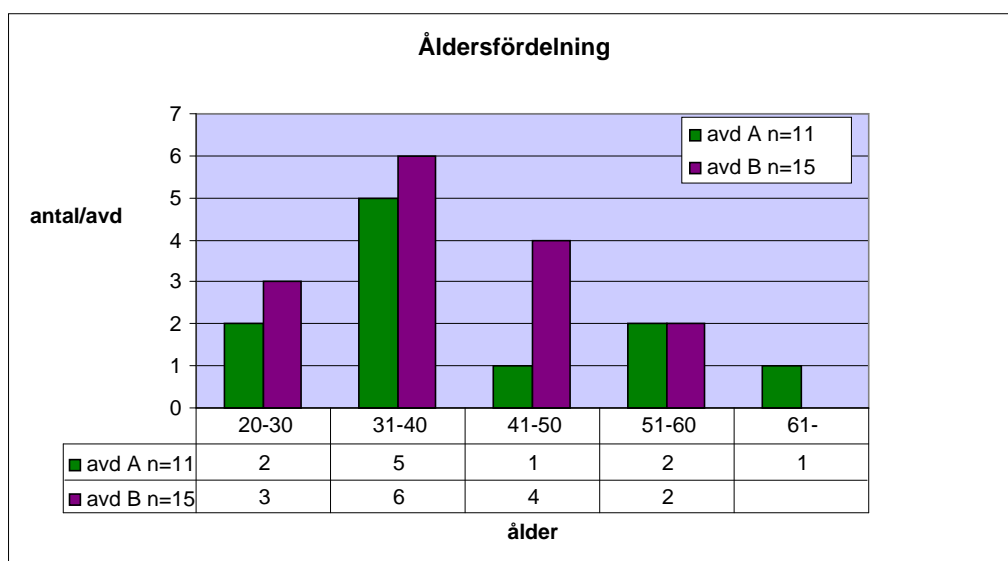
Ur kvalitetsmässig synvinkel var det också nödvändigt att ställa frågor åt personalen som gällde mitt agerande före och under försöket.

7.1. Utgångsläge på avdelningarna

På avdelning A returnerades 11 preenkäter av 16 möjliga (69%). På avdelning B returnerades 15 preenkäter av 17 möjliga (88%).

I preenkäten kartlades personalens åldersfördelning, arbetserfarenhet i år samt familjeförhållanden. Dessutom kartlades skötarnas attityder om nuläget på respektive avdelning, om kopplingen mellan arbete och privatliv samt deras psykosociala välbefinnande. Eftersom arbetstidsautonomi utgår från att alla skall planera sina arbetsturer enligt egna preferenser var det också av vikt att fråga vilka turer enskilda arbetstagare föredrar.

Personalens åldersfördelning på avdelningarna kan ses i figur 2. På båda avdelningarna var andelen 31-40 åringar störst (avd A n = 5, 45%; avd B n = 6, 40%). Största skillnaden i åldersfördelningen mellan avdelningarna kan ses i åldersgruppen 41-50 år där denna åldersgrupp utgör på avdelning A 10% (n = 1) av personalstyrkan, men på avdelning B är det frågan om 27% (n = 4) av hela personalen. Om dessa två åldersgrupper räknas ihop innebär det att över hälften av personalen på båda avdelningarna (54% på avd A och 66% på avd B) hör till en ålderskategori som kan räknas ha barn både under skolåldern och i skolåldern.



Figur 2. Åldersfördelningen bland vårdarna på försöksavdelningarna.

I den undersökning som Grönlund (2007) utförde i Sverige (n = 800) kom det fram att föräldrar och speciellt mammor med små barn eller många barn upplevde stor stress inför konflikten mellan hemlivet och jobb, men att stressen var mindre hos dem som hade större möjlighet till jobbkontroll. Enligt svaren i preenkäten har varje vårdare i de två ovannämnda ålderskategorierna i genomsnitt ett barn i eller under skolåldern.

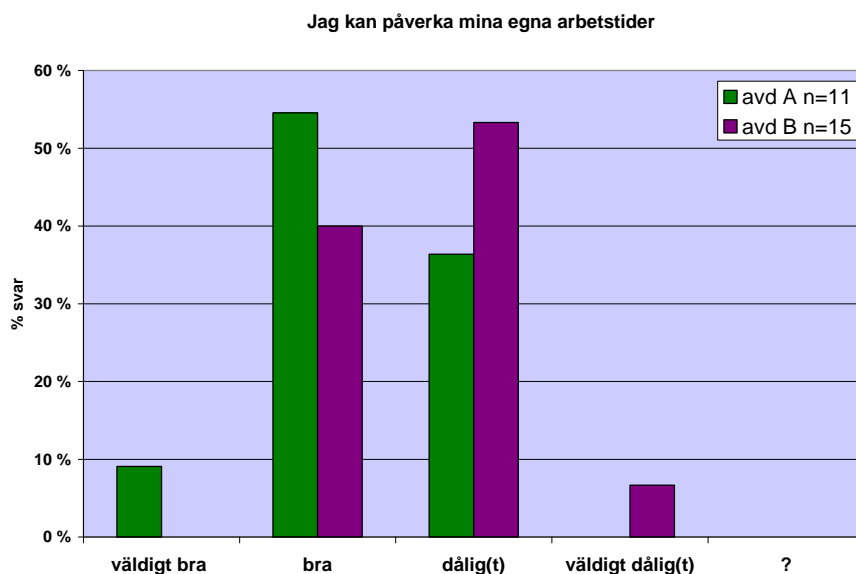
Till kartläggningen av hur det nuvarande systemet för arbetstidsplanering fungerar (avdelningssköterskan planerar listorna) fick personalen svara på både attitydfrågor i del B och öppna frågor i del C. Från de öppna svaren kom det fram att båda avdelningarna använder ett önskehäfte om man har behov av t.ex. ledigt på en specifik dag. Dessutom framkom det en tydlig önskan om att få påverka mera sina egna arbetsturer (avd A n = 8, 72%; avd B n = 9, 60%). För en del var det frågan om en konkret önskan att få välja

mera/mindre t.ex. morgonturer eller veckoslutsturer, för andra var det frågan om att få planera sina arbetsturer utgående från sitt familjeliv.

”...De som önskar veckoslut ledigt, skall få det, eftersom det finns dom som vill jobba veckoslut.”

”Att själv kunna planera in när man ska jobba så att alla fritidsaktiviteter och familjeliv inte krockar med opassande arbetsturer.”

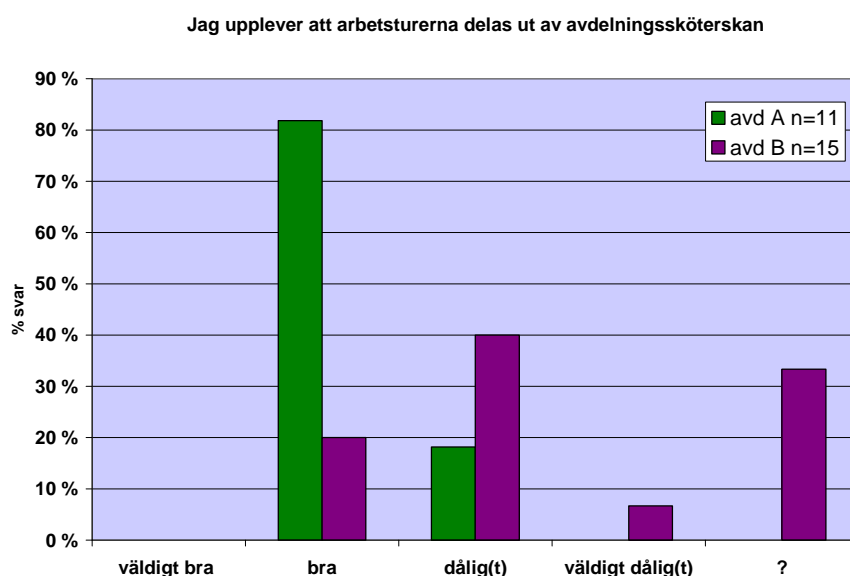
Med attitydfrågorna i del B ville jag kartlägga mera specifikt hur personalen upplever att det nuvarande systemet fungerar. Till exempel på frågan ”Jag kan påverka mina egna arbetstider” (figur 4) svarade 63% (n = 7) av vårdarna på avdelning A att de kan påverka sina arbetsturer bra eller väldigt bra, men samtidigt svarade också 36% (n = 4) att de kunde påverka sina turer dåligt. Intressant var att den enda som hade svarat ”väldigt bra” på ovanstående fråga svarade ändå samtidigt på öppna frågorna att hon önskar få planera turerna själv för att arbete och familjeliv inte skall kollidera. På avdelning B ansåg 40% (n = 6) att de kunde påverka arbetsturerna bra och 53% (n = 8) dåligt.



Figur 4 . Personalens påverkningsmöjligheter om sina egna arbetsturer.

En vårdare ansåg sig ha väldigt dåliga påverkningsmöjligheter. Denna person ansåg även att kopplingen mellan jobb och privatliv fungerar väldigt dåligt, så också flexibiliteten i utdelningen av arbetsturer.

Frågan om hur avdelningssköterskan planerar arbetsturerna visade en tydlig skillnad mellan avdelningarna. På avdelning A var de flesta (82%, n = 9) av den åsikten att avdelningssköterskan gör ett bra jobb. På avdelning B var däremot åsikterna mera delade, men väldigt få (20%, n = 3) ansåg att avdelningssköterskan gör bra ifrån sig när hon planerar arbetsturerna. Samma fenomen kunde läsas i de öppna svaren. Framförallt kritiserades endags ledigheter mellan långa arbetsperioder och veckoslut där ena dagen är ledig och den andra är inte.



Figur 5. Hur personalen upplever att avdelningssköterskan planerar arbetsturerna.

Frågorna som gällde flexibiliteten i det nuvarande arbetstidsplaneringssystemet visade även de att personalen på avdelning A har större förtroende för att avdelningssköterskan ordnar önskade arbetsturer då det finns behov till det. Till exempel på frågan ”Då privatlivet kräver mera av mig finns det flexibilitet i arbetsturerna” hade 82% (n = 9) av vårdarna på avdelning A svarat ”bra” och 18% (n = 2) hade svarat ”dåligt” emedan 27% (n = 4) av personalen på avdelning B ansåg att det finns ”bra” med flexibilitet, men lika många svarade ”dåligt”. Intressant var det stora antalet ”vet inte”-svar (40%, n = 6) på avdelning B (se bilaga 11). Hade dessa personer aldrig haft behov till flexibilitet i sina arbetsturer eller hade de inte bara förstått frågan? Den direkta frågan ”Det finns

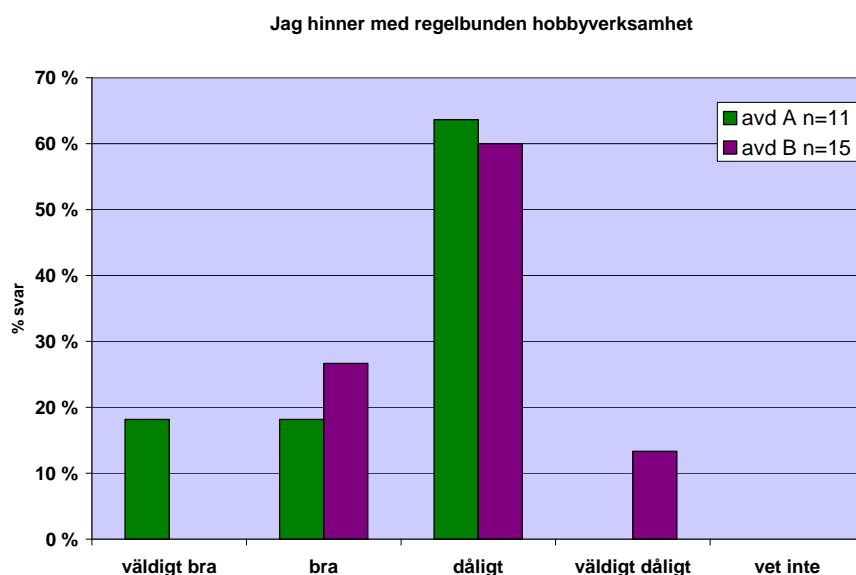
flexibilitet i utdelningen av arbetsturena” gav lika splittrade resultat (se bilaga 12). På avdelning A var majoriteten (63%, n = 8) nöjd med den nuvarande flexibiliteten samtidigt som 27% (n = 3) inte kunde svara på frågan. På avdelning B var 40% (n = 6) nöjda samtidigt som 40% ansåg att flexibiliteten var dålig. 20% (n = 3) hade dessutom ingen åsikt i saken.

Syftet med att ställa frågorna ”Morgon-/Kvälls-/Natt-/Veckoslutsturena passar min livssituation” var att kartlägga utgångsläget på avdelningarna och därmed få indikation om vad som kan vålla problem när arbetstiderna börjar planeras. Ur resultaten ses att på avdelning A passar både natt- och veckoslutsturena alla i personalen ”väldigt bra” eller ”bra” (bilaga 12). Attityderna om morgon- och kvällsturena är jämnare fördelat mellan alla kategorier (väldigt bra, bra, dåligt, väldigt dåligt). Om man utgår från antagandet att alla strävar efter att planera en sådan arbetslista som strikt stöder de egna preferenserna kan problem förväntas uppstå. På avdelning B är attityderna jämnare fördelade i alla arbetsturer. Endast natten tycks passa de flesta ”bra” eller ”väldigt bra” (9 av 15). På denna avdelning kan man möjligen förvänta sig en mera jämnare utdelning av de olika arbetsturena mellan personalen.

Det psykosociala välbefinnandet för en arbetstagare påverkas bl.a. av hur mycket hon upplever att hennes privatliv störs av arbetet. Möjligheten att delta i regelbunden hobbyverksamhet ger en fingervisning i hur mycket treskiftesjobb kan störa arbetstagarens privatliv (figur 6).

Svaren visade att de flesta (avd A n = 7, 63%; avd B n = 9, 60%) på båda avdelningarna hade inte möjlighet till regelbunden hobbyverksamhet. De två ”väldigt bra”-svar som kom från avdelning A gavs av en manlig vårdare och en ung kvinnlig, barnlös, vårdare.

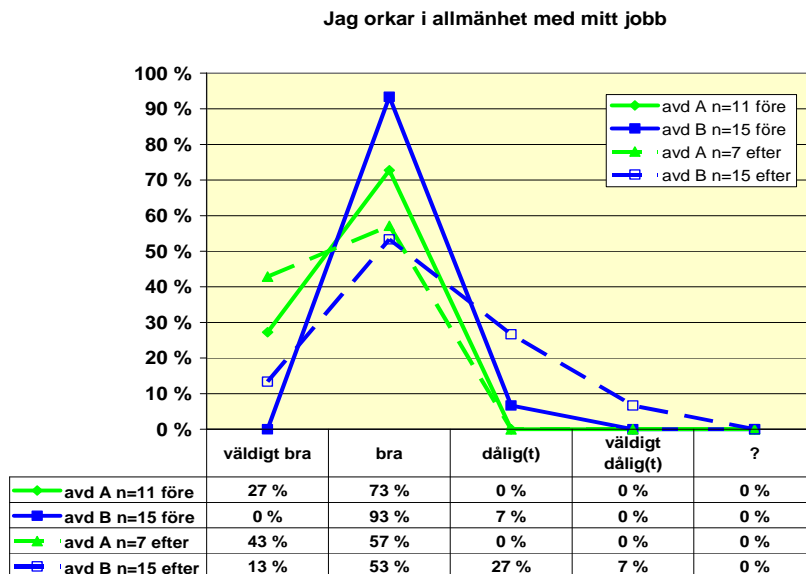
Intressant nog visade frågorna om psykiskt och fysiskt välbefinnande en skillnad mellan avdelningarna. På avdelning A mår alla enligt svaren både fysiskt och psykiskt ”väldigt bra” (18% och 9% respektive) eller ”bra” (82% och 91% respektive). Majoriteten av personalen på avdelning B mår nog också ”väldigt bra” eller ”bra”, men här ansåg ändå 23% (n = 3,5) ha dåligt fysiskt och 20% (n = 3) ha dåligt psykiskt välbefinnande.



Figur 6. Möjlighet till regelbunden hobbyverksamhet.

Enligt Hintsala (2005:5) kan paralleller ses mellan bristande autonomi och bristande motivation bland sjukvårdspersonalen. Bristande autonomi har i sin tur visats leda till sänkt psykosocialt välbefinnande (Koivumäki et al. 2005:20-24). Därför ansåg jag att frågor som kartlägger hur motiverade arbetstagarna är att komma på jobb och hur väl de orkar med sitt jobb skulle ge en indikation om personalens psykosociala välbefinnande. Genom att jämföra de erhållna svaren från pre- och postenkäten (figur 7) kan man se hurudan effekt arbetstidsautonomi kan ha för personalens psykosociala välbefinnande.

Ur figur 7 kan man läsa att alla (n = 11) på avdelning A ansåg redan före arbetstidsautonomiförsöket att de orkar i allmänhet med sitt jobb. Efter försöket har det endast skett en förskjutning från "bra" mot "väldigt bra". Före försöket var däremot de flesta (93%, n = 14) på avdelning B av den åsikten att de orkar i allmänhet bra med sitt jobb, men efter försöket hade åsikterna splittrats till hela skalan "väldigt bra – väldigt dåligt". Arbetstidsautonomin verkar med andra ord ha försämrat situationen på avdelning B. En liknande trend kan ses i svaren efter frågan "Min motivation att komma på jobb efter en ledighet" (svaren kan ses i bilaga 10 och 11). Före försöket hade de flesta på avdelning A väldigt bra (9%, n = 1) eller bra (82%, n = 9) motivation att återvända till arbetet och efter försöket hade andelen "väldigt bra" ökat till 29% (n = 2) och resten ansåg sig ha "bra" motivation (71%, n = 5). Personalen på avdelning B hade



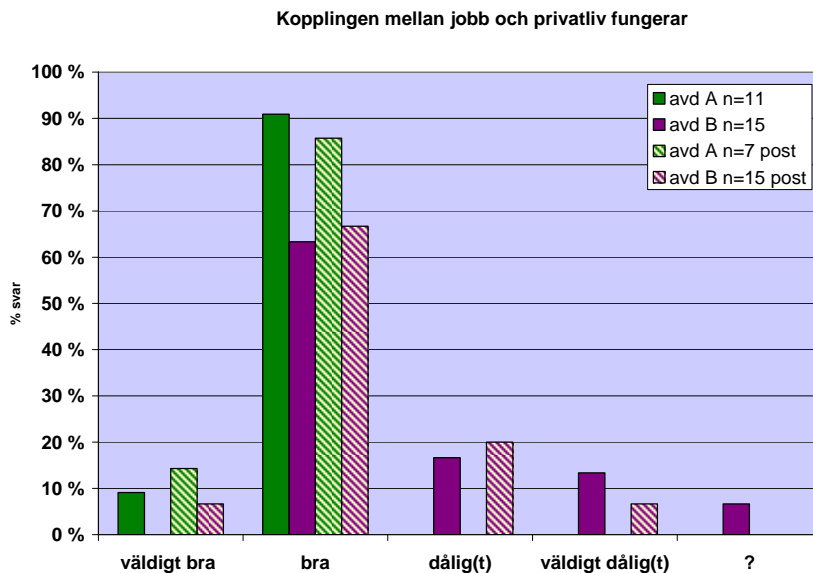
Figur 7. ”Jag orkar i allmänhet med mitt jobb”. Jämförelse mellan resultaten i pre- och postenkäten.

däremot bättre motivation att komma på jobb från en ledighet före försöket än efter försöket enligt resultaten. Före försöket var andelen ”väldigt bra” och ”bra” 7% (n = 1) och 73% (n = 11) respektive. 20% (n = 3) hade svarat att de har dålig motivation att komma på jobb. Efter den första självplanerade listan hade de 12 vårdare (80%) som ursprungligen hade gett positiva svar minskat till 10 vårdare (66%) samtidigt som ”väldigt dåligt” hade utökats med 2 vårdare (13%). Antalet ”dåligt” hölls oförändrad.

7.2. Resultat från postenkäten

På avdelning A hade svarsprocenten sjunkit från preenkäten till postenkäten: 44% (7 vårdare av 16 möjliga) i jämförelse med tidigare 69%. På avdelning B returnerades 88% (15 av 17 möjliga) av såväl pre- som postenkäterna.

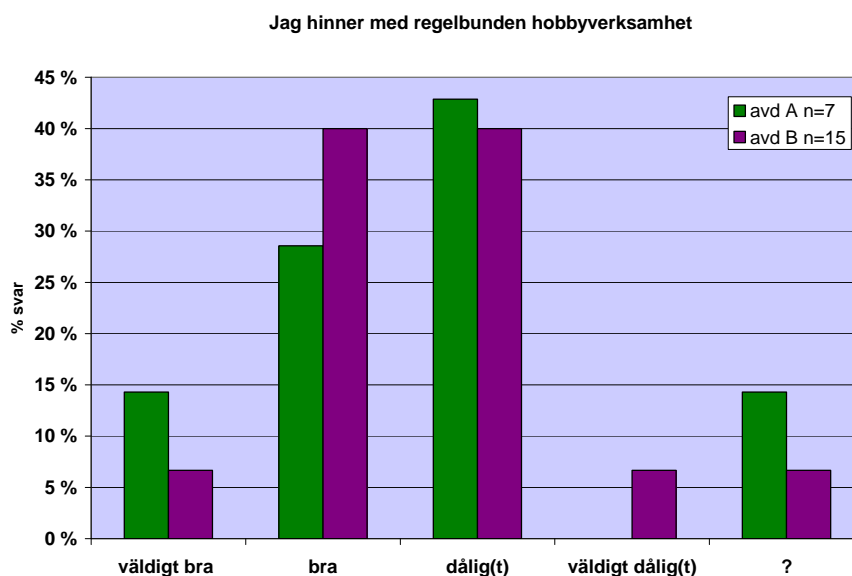
Forskning har visat att trots stora krav och besvärliga arbetstider kan en arbetstagare uppleva att kopplingen mellan familjeliv och jobbet fungerar förutsatt att arbetstagaren känner att hon har kontroll över sitt eget arbete och arbetstider (Grönlund 2007). I preenkäten frågades hur personalen upplever att kopplingen fungerar i nuläge. I postenkäten skulle personalen tänka sig att arbetstidsautonomiförsöket fortsätter och svara enligt hur de upplever att kopplingen fungerar om de själv får planera sina arbetsturer. I figur 8 har resultaten från pre- och postenkäten jämförts med varandra.



Figur 8. Jämförelse av hur personalen upplever att kopplingen mellan jobb och privatliv fungerar före och efter arbetstidsautonomiförsöket.

Intressant är att alla i personalen på avdelning A utgick redan från "väldigt bra" (9%, n = 1) eller "bra" (91%, n = 10) och arbetstidsautonomi har endast förskjutit svaren mot "väldigt bra" (14%, n = 1). På avdelning B var utgångsläget redan färdigt mera splittrat och ingen ansåg att kopplingen mellan familj och jobb fungerar väldigt bra. De positiva svaren ("väldigt bra" och "bra" sammanlagt) hade dock ökat i och med försöket från 63% (n = 9.5) till 74% (n = 11).

Att hinna med fritidsaktiviteter är viktigt för det psykosociala välbefinnandet varför det



Figur 9. Hur personalen upplever att de hinna med regelbunden hobbyverksamhet om de får planera arbetstiderna själv.

var av intresse att kartlägga detta även i postenkäten. I preenkäten visade det sig att majoriteten på båda avdelningarna upplevde att de inte hann med regelbunden hobbyverksamhet (figur 6). I figur 9 kan man se att arbetstidsautonomin verkar ha förbättrat situationen för många: det har skett en minskning av ”dåligt” från 64% (n = 7) till 43% (n = 3) på avdelning A och från 53% (n = 8) till 40% (n = 6) på avdelning B.

För att arbetstidsautonomi skall lyckas på en avdelning krävs det bl.a. motivation, samarbetsförmåga samt äkta vilja att jobba för ett gemensamt mål inom personalen (Työterveyslaitos 2009) varför jag frågade personalen hur de upplever att samarbetet fungerar på avdelningen. Ur tabellerna i bilaga 10 och 11 kan man läsa att alla på avdelning A ansåg både före och efter försöket att samarbetet fungerar väldigt bra eller bra. På avdelning B ansåg 17% (n = 2.5) av personalen före försöket att samarbetet fungerar dåligt på avdelningen. Efter försöket hade visserligen denna siffra gått ner till 13% (n = 2), men samtidigt hade andelen ”väldigt bra” sjunkit från 20% (n = 3) till 7% (n = 1) och andelen ”bra” hade ökat från 63% (n = 9.5) till 73% (n = 11).

Orsaken till att fråga efter avdelningens stämning var att få en indikation om hur väl personalen kan tänkas jobba ihop och sträva efter ett gemensamt uppsatt mål. På avdelning A var utgångsläget bra (alla svarade ”väldigt bra” eller ”bra”) och situationen hölls oförändrad efter försöket. Stämningen på avdelning B ansågs vara bra av 77% (n = 11.5) av vårdarna, men samtidigt ansåg 23% (n = 3.5) att stämningen var dålig. Efter försöket hade andelen ”bra” sjunkit till 67% (n = 10) samtidigt som svaren ”dåligt” och ”väldigt dåligt” hade ökat till 20% (n = 3) och 7% (n = 1) respektive.

Syftet med mitt utvecklingsarbete var också att sätta igång ett försök med arbetstidsautonomi som personalen sedan kan fortsätta med på egen hand om de så önskar. Därför fick personalen säga sin åsikt om försöket skall fortsätta eller inte. På avdelning A svarade 6 av 7 att de önskar att försöket fortätter (ett tomt svar). På avdelning B svarade 6 vårdare ”ja”, 7 vårdare ”nej” och 2 svar var tomma. Efter den första självplanerade listan hade avdelningarna gjort en egen omröstning och då hade personalen på båda avdelningarna ansett att de vill fortsätta med försöket. Sedan dess har dock avdelning B återgått till det gamla systemet där avdelningssköterskan planerar arbetsturerna (personlig kommunikation med avdelningssköterskan).

Arbetsstidsautonomi har visat sig vara ett bra system ur personalens och arbetsgivarens synvinkel, men vad händer med kvaliteten av patientvården om personalen tänker i första hand på sig själv när de planerar sina arbetsturer? I postenkäten frågade jag därför om personalen anser att arbetsstidsautonomi inverkar på rapporteringen, dokumentationen eller kontinuiteten av vården. Ur tabellen i bilaga 13 kan man se att majoriteten på båda avdelningarna ansåg att rapporteringen och dokumentationen inte påverkas av arbetsstidsautonomi. På avdelning A var åsikterna delade gällande kontinuiteten av patientvården: *ja* 14% (n = 1), *nej* 29% (n = 2), *kanske* 14% (n = 1), *vet inte* 43% (n = 3). På avdelning B var däremot 67% (n = 10) av personalen av den åsikten att arbetsstidsautonomi har en inverkan på kontinuiteten. Personalen fick dessutom svara på vilket sätt de anser att arbetsstidsautonomi inverkar på rapporteringen, dokumenteringen och kontinuiteten. Ett av svaren säger kanske allt:

”Vi planerar ej lika bra kanske arbetsturena enl. pat. behov utan utifrån de egna personliga behoven. Huvudsaken att det finns personal’.”

Kvaliteten i den praktiska delen mitt utvecklingsarbete testades i postenkäten genom att fråga personalen om de ansåg att de hade fått tillräckligt tydlig information om arbetsstidsautonomi samt tillräckligt tydlig information om hur planeringen i praktiken skall utföras (resultaten kan ses i bilaga 13 i tabellform). Dessutom fick de ge sin åsikt om antalet informationstillfällen var passligt och om de ansåg att jag var lättillgänglig ifall de behövde mera information eller annat stöd. Enligt de returnerade svaren (n = 7) från avdelning A ansåg majoriteten att de hade fått tillräckligt tydlig information om arbetsstidsautonomi och om hur arbetsturena skall planeras (57%, n = 4). 71% (n = 5) av vårdarna kände att de kunde kontakta mig vid behov. Antalet informationstillfällen ansågs även vara tillräckligt många (57%, n = 4). Med tanke på trovärdigheten i svaren kan man dock fråga sig om 7 returnerade enkäter av 16 möjliga kan trovärdigt representera hela avdelningens åsikt? Svaren från avdelning B visade att åsikterna var mera delade, men även här var majoriteten nöjd med mängden av information om arbetsstidsautonomi (60%, n = 9). Däremot ansåg en tredjedel av personalen att informationen om det praktiska utförandet inte var tillräcklig (33%, n = 5) samtidigt som antalet informationstillfällen var för få (27%, n = 4). Trots detta ansåg ungefär hälften av personalen att informationen om det praktiska utförandet var tillfredställande

(47%, n = 7). På avdelning B kände 27% (n = 4) av personalen att de inte kunde kontakta mig vid behov. På avdelning A kände de flesta (71% ”ja”-svar och 14% ”kanske”-svar) att de kunde ta kontakt med mig om de behövde få mera information.

Sammanfattningsvis kan man säga att arbetstidsautonomiförsöket verkade ha en mera positiv effekt på avdelning A än på avdelning B. Personalen på avdelning B upplevde att kopplingen mellan privatliv och jobb hade försämrats i och med försöket. Samtidigt hade även samarbetsförmågan och avdelningens stämning sjunkit. På avdelning B såg vårdarna även att arbetstidsautonomi hade en viss negativ effekt på kontinuiteten i vården. På avdelning B delades åsikterna jämt för och emot ett fortsatt försök och till dags dato har faktiskt försöket upphört på avdelningen. På avdelning A var alla mer eller mindre villiga att fortsätta med att själv planera sina arbetsturer och försöket fortsätter tillsvidare.

8. KVALITET OCH ETIK

8.1. Utvecklingsarbetets kvalitet och trovärdighet

Kvaliteten i tillämpad aktionsforskning är en summa av många faktorer, men precis som Holter och Schwartz-Barcott (1993) säger beror kvaliteten framförallt på personerna som deltar. Forskaren (aktören) har den största inverkan eftersom hon styr processen. Trots att aktören har nyckelpositionen i projektet inverkar även de andra deltagarnas personlighet på kvaliteten eftersom processen är ett samspel där personkemi och förutfattade meningar spelar en roll. En viktig aspekt för kvaliteten är även hur villigt personalen deltar i projektet eftersom viljan att delta speglar sig på viljan att ge uttömmande svar i enkäterna och på motivationen att binda sig till projektet (Holme & Solvang 2000:104). Motivationen har i sin tur en stor inverkan på hela försökets framgång (Koivumäki 2006:4).

Jag står i nyckelposition även i fråga om utvecklingsarbetets trovärdighet eftersom jag inverkar på kvaliteten och god kvalitet skapar trovärdighet. Trovärdigheten i mitt arbete återspeglas framförallt i min förmåga att återge relevant data i relation till mina frågeställningar och mål samt att tolka rätt de resultat som jag får från enkäterna. Med tanke på att öka trovärdigheten i enkäterna och tolkningen av svaren hade det varit bra om jag hade haft möjlighet att testa enkäterna i förväg samt haft hjälp med att tolka

svaren. Aira (2005) skriver nämligen att genom att använda sig av flera än en forskare vid analysen av resultat kan trovärdigheten i en undersöknings ökas.

Viktiga kriterier för ett trovärdigt utvecklingsarbete är även att det bygger på en redan existerande teoretisk bakgrund eller kan bidra med ny kunskap om något praktiskt problem. Trovärdigheten i presenterade resultat är i sin tur beroende av min kunskap om ämnet samt hur väl jag har kunnat summera resultaten (Carlsson 2008:30). Dessutom skall utvecklingsarbetet vara så sammanhängande och logiskt uppställt att det kan presenteras till och/eller läsas av en blandad mottagargrupp (Folkesson 2004:118-121).

Utvecklingsarbetets kvalitet och trovärdighet är alltså först och främst beroende på mig som person och min kapacitet att vara självkritisk. Detta innebär att jag skall vara medveten om hur mina egna attityder kan påverka arbetets gång och de resultat jag får. Min förmåga till självreflektion speglar sig även på min förmåga att samla relevant data, av relevanta personer och på hur trovärdigt jag lyckas tolka och återge de svar och intryck jag får (Folkesson 2004:118-121; Patel & Davidson 2003:102-106).

Kvaliteten i mitt utvecklingsarbete stöder sig på den omfattande teoretiska bakgrunden som presenteras i detta arbete. Den teoretiska förståelsen har bidragit till att öka enkäternas trovärdighet, men samtidigt medger jag att förståelsen har vuxit under processens gång varför även trovärdigheten kan antas vara större i den senare enkäten. Dessutom är jag medveten om att förutfattade meningar spelar en roll vid tolkningen av data och min förmåga att vara objektiv. Jag är även medveten om att sampelmängden är liten och avsaknad av en kontrollgrupp innebär att jag bör vara försiktig med att dra allmängiltiga slutsatser från de resultat jag får.

Kvaliteten i den praktiska delen av mitt arbete evaluerades av personalen på båda avdelningarna. Resultaten visade att det fanns brister i utdelningen av information åt personalen. Jag är medveten om att antalet informationstillfällen var färre på avdelning B och detta kunde även ses i enkätsvaren. Däremot hade informationen varit innehållsmässigt samma på båda avdelningarna varför man kan fråga sig om det var frågan om personkemi mellan mig och personalen på avdelningen eller personalens egen motivation som sänkte kvaliteten i mitt agerande på avdelning B.

8.2. Etik i aktionsforskning

För att ett utvecklingsarbete skall vara etiskt godtagbart bör vissa allmänna forskningsetiska principer följas. Utgångspunkten för etisk aktionsforskning är frivillighet och integritet. M.a.o. skall den som deltar i ett projekt ge sitt samtycke, men även ha friheten att avbryta när som helst under projektets gång. Deltagarna skall vara väl informerade om hela projektet innan de ger sitt samtycke. För att uppfylla de etiska kraven om informerat samtycke bör deltagarna även vara medvetna att det hör till aktionsforskningens karaktär att projektet utvecklas och ändras längs med tiden och att deltagarna därmed möjligen ger sitt samtycke till något som tillsvidare är okänt (Löfman et al. 2004). Forskaren (eller aktören) skall också försäkra deltagarnas anonymitet. Etisk forskning innebär också att resultaten analyseras och rapporteras sanningsenligt oberoende om de stöder forskarens ursprungliga mål eller inte (Williamson & Prosser 2002).

8.2.1. Frivillighet

Informerat samtycke är en viktig etisk aspekt i all forskning, men kan vara speciellt svår att fullfölja i aktionsforskning eftersom det hör till aktionsforskningens karaktär att projektet ändras och utvecklas under projektets gång. Detta innebär att trots att den initiala informationen är tillräcklig och deltagarna ger sitt samtycke till den ursprungliga idén, kan det under projektets gång uppkomma delar i processen som deltagarna inte är villiga att delta i (Löfman et al. 2004).

För att deltagarna skall kunna själv bestämma om de vill delta eller inte bör de få tillräckligt med saklig information om vad projektet innebär för dem. Jag löste detta genom att i första hand ha ett introducerande informationstillfälle på bäge avdelning. Under detta tillfälle berättade jag muntligt om vad arbetstidsautonomi är, var den är i bruk och vilka fördelar arbetstidsautonomi kan ge arbetstagarna i bästa fall. Jag nämnde även hur ergonomiska arbetsturer fungerar. Som avslutning nämnde jag att alla som vill kommer att få fylla i två enkäter under projektets gång: en som kartlägger utgångsläget på avdelningen och en som kartlägger läget på avdelningen efter att ett försök med arbetstidsautonomi har genomförts på avdelningen. Dessutom fick båda avdelningarna en kort skriftlig summering av de viktigaste punkterna i informationen, samt en riktgivande tidtabell samt en kort litteraturförteckning (bilaga 5).

Ur etisk synvinkel uppkom det ett dilemma för mig som aktör eftersom jag enligt forskningsetiska principer borde kunna ge alla en möjlighet att välja om de deltar eller inte, men sjukhusledningen utgick från att alla vårdare på båda avdelningarna skall delta i försöket. Jag kunde därmed garantera deltagarnas informerade samtycke endast delvis genom att ge tillräckligt med relevant information och försäkra dem att de får själv välja om de fyller i enkäterna eller inte. I missivbrevet (bilaga 3) som följde det preenkäten (bilaga 1) presenterades det kommande utvecklingsarbetet och frågeformulärets syfte. Frivilligheten att delta var underförstått. I missivbrevet (bilaga 4) som följde med det andra frågeformuläret uppgavs det tydligare att alla väljer själv om de fyller i enkäten eller inte.

8.2.2. Anonymitet

Hur kan då konfidentialiteten och anonymiteten garanteras för dem som deltar i aktionsforskning? Aktionsforskning är ett nära samarbete mellan aktören och deltagarna och total anonymitet kan vara svår att åstadkomma (Williamson & Prosser 2002). I mitt fall var det viktigt att försäkra deltagarnas anonymitet främst i frågan om frågeformulären eftersom en del av frågorna kan ses som känsliga och personliga. I missivbreven (bilaga 3 och 4) som följde med båda enkäterna försäkrades att anonymiteten i svaren garanteras. Detta kunde åstadkommas genom att alla svar gavs utan namn och varje enskilt svar återlämnades i slutet kuvert.

För att försäkra integriteten av det ifrågavarande sjukhuset och avdelningarna som deltog i försöket valde jag att hålla dem anonyma i texten.

8.2.3. Etisk rapportering

Genom att skildra hela processen i mitt utvecklingsarbete så noggrant som möjlig synliggör jag de metoder jag har använt, men samtidigt klargör jag för läsaren hur jag själv förstår och tolkar de enskilda delarna i forskningsprocessen. Etisk rapportering innebär även att jag kan åtskilja mina egna attityder från de resultat jag får, trots att de kanske står i konflikt med mina egna förväntningar.

9. DISKUSSION

Mitt mål med utvecklingsarbetet var för det första att testa arbetstidsautonomi på två bäddavdelningar på ett sjukhus i södra Finland och ge verktyg åt personalen och ledningen att fortsätta med försöket om de så önskar. Resultaten från preenkäten visade att vårdpersonalen på båda försöksavdelningarna önskade en ändring till det nuvarande arbetstidsplaneringssystemet där personalen kan framföra önskemål om ledigheter åt avdelningssköterskan, men har ingen verklig möjlighet att påverka sina egna arbetsturer. Trots att det visade sig att de flesta ansåg redan i utgångsläget att kopplingen mellan familjeliv och jobb fungerade bra hade få ändå tid med regelbunden hobbyverksamhet. Många ansåg även att det nuvarande arbetstidsplaneringssystemet var oflexibelt och i viss mån även orättvist. I de öppna svaren efterlystes möjligheter att påverka sina egna arbetsturer.

”Jag önskar mera dagarbete, mindre kvällar och nätter. Mera rättvis utdelning av söndagsarbete – för alla.”

Oberoende om önskemålet var att få mera eller mindre nätter eller längre ledigheter verkade den bakomliggande motivationen vara att öka den egna kontrollen av arbetstiderna. Den här typens känsla av kontrollöshet påverkar det psykosociala välbefinnandet negativt och kan leda till ökat missnöje på arbetsplatsen och även väcka tankar om karriärbyte eller tidig pension. Sjukvårdspersonal som mår dåligt kan även tänkas innebära en risk för kvaliteten av själva patientarbetet.

Arbetstidsautonomi testades första gången i Finland på Jorvs sjukhus år 2001 och därefter på flera avdelningar (17 avdelningar och närmare 360 arbetstagare) i ett omfattande projekt på Jorv, HNS och Esbo stad mellan åren 2002 och 2005 (Koivumäki 2006:6). Resultaten ur de undersökningar som gjordes inom ramarna för projektet visade att arbetstidsautonomi hade för det mesta en positiv inverkan på personalens och hela arbetsgemenskapens psykosociala välbefinnande (Koivumäki et al. 2005:24). Mitt andra mål i detta utvecklingsarbete var att undersöka vilken effekt arbetstidsautonomi kan ha på personalens psykosociala välbefinnande på de två bäddavdelningar som deltog i försöket. Resultaten i mitt utvecklingsarbete stöder till dels de resultat som har erhållits i tidigare undersökningar (jämför Grönlund 2007; Kivimäki et al. 2006; Koivumäki et al. 2005; Vahtera et al. 2002). På den ena försöksavdelningen verkar det

psykosociala välbefinnandet hos personalen faktiskt ha förbättrats i och med försöket. Samtidigt ledde dock försöket på den andra avdelningen till sämre stämning på avdelningen trots att t.ex. upplevelsen av att kopplingen mellan jobb och privatliv fungerade bättre.

Eftersom tidigare studier har mest fokuserats på de effekter som personalen kan få av arbetstidsautonomi var det av intresse att kartlägga om systemet kan ha en inverkan på avdelningarnas dagliga funktioner och vårdarbetet. Koivumäki et al. (2005:23) kom till den slutsatsen att arbetstidsautonomi inte hade någon märkbar inverkan på själva vårdarbetet på testavdelningarna vid Esbo stad, Jorv och HUS. Enligt de svar som jag erhöll under detta utvecklingsarbete kan man dock fråga sig om det vore skäl att undersöka saken noggrannare? Enligt personalen på avdelning B påverkades framförallt kontinuiteten i vården av att personalen nu planerade sina arbetsturer utgående från sina egna behov och inte patienternas behov.

Med tanke på hur försöket lyckades på avdelningarna verkar den redan existerande inre dynamiken bland personalen ha haft en avgörande inverkan. Trots att majoriteten på avdelning A var nöjd med det nuvarande systemet såg personalen nytta med att övergå till arbetstidsautonomi. Personalens positiva attityd gentemot hela processen ser ut att ha varit en viktig faktor för att försöket upplevdes som positivt. På avdelning B ansåg visserligen många att en justering av det nuvarande systemet var välkommet, men en äkta motivation till ändring verkade fattas. Dessutom fanns det funktionella särdrag mellan avdelningarna som medförde extra utmaningar för personalen. Tidsbristen upplevdes som det största hindret för försöket på avdelning B. På avdelning A ansågs bristen på personal utgöra det största problemet för att få systemet att fungera.

Speciellt utmanande för detta försök var den snäva tidsramen. Precis som det framkom i svaren från postenkäten ansåg många att antalet informationstillfällen var för få. Jag är av samma åsikt. Det knappa antalet tillfällen ledde till att de flesta på avdelningarna inte kunde vara närvarande på dessa tillfällen varför inläringen blev för många beroende av andrahandsinformation och skriftligt material. Den spända tidtabellen medförde även att det inte fanns tid för ordentliga skolningar (t.ex. om AKTA) trots att det fanns ett tydligt behov av mera information bland personalen. På båda avdelningarna upplevde största delen av personalen ändå att de hade fått tillräckligt tydlig information för att

genomföra försöket. Anmärkningsvärt var dock att på den ena avdelningen hade jag tydligen inte lyckats skapa en tillräckligt bra kontakt med personalen eftersom närmare en tredjedel kände att de inte kunde kontakta mig ifall de behövde mera information eller annat stöd. Känslan av brist på stöd från mig kan ha bistått till att försöket misslyckades på denna avdelning.

Trots sina fördelar är arbetstidsautonomi en omfattande process och kräver positiv attityd och äkta motivation från både personalen och ledningen för att fungera. Alla inblandade borde även inse att arbetstidsautonomi kräver en hel del tid (helst ett år eller mer enligt Koivumäki et al. 2005) innan den fungerar smidigt. Ett försök som har innefattat planeringen av endast en tre veckor lång arbetsturslista visar inte ännu åt personalen de positiva effekter som arbetstidsautonomi kan medföra, men berättar däremot en hel del om hur personalen och ledningen fungerar i en ny situation. Samarbetsförmåga är a och o för att arbetstidsautonomi skall funka och om det finns svagheter på den punkten innan försöket kommer det att brista på den punkten även under försöket.

En övergång till arbetstidsautonomi kan lyckas endast om alla inblandade förhåller sig positivt till ändringsprocessen och stöder varandra. Utgångsläget verkade lovande då båda avdelningarna uttryckte sitt intresse för att övergå till arbetstidsautonomi, men i retrospekt anser jag att tidpunkten för försöket var olyckligt. För det första byttes avdelningssköterskan två gånger under försöket och för det andra hade personalen även andra projekt i gång samtidigt (t.ex. ändring av dokumentationssystem). Förmannens uppgift under försöket är att stöda personalen genom att ge tid till t.ex. möten och till det konkreta planeringsarbetet samt att respektera de beslut som personalen gör. Personalen upplevde att de inte fick det stöd från ledningen de skulle ha behövt och när övergången till arbetstidsautonomi ännu visade sig vara mer tidskrävande än vad personalen hade kanske väntat sig, tog entusiasmen slut på den ena avdelningen.

Övergången till arbetstidsautonomi fungerade inte på den ena avdelningen och innan ett nytt försök kan startas anser jag att det vore skäl att reda ut orsakerna till varför försöket misslyckades. Om försöket startas upp igen kan vissa förbättringar vara på plats. Enligt min åsikt borde tidpunkten för ett nytt försök väljas noggrannare och försöket borde

ledas av någon inom personalen. Skolningarna borde även vara mera omfattande och ordnas så att de flesta på avdelningen kan delta.

På den andra avdelningen fortsätter försöket utan avbrott. Att ta arbetstidsautonomi i bruk på en avdelning kräver dock en lång inkörningstid och under hela den tiden skall utvecklingsprocessen hållas vid liv. Därför är det skäl att med jämna mellanrum hålla utvecklingsmöten på avdelningen där bl.a. de gemensamma spelreglerna kan ses över och ändras vid behov. Det är även viktigt att personalen funderar hur ny personal skolas in till systemet och vem som planerar vikariernas listor. När arbetstidsautonomi är en del av vardagen på avdelningen kan personalen sätta mera energi på att t.ex. utveckla arbetstiderna så att de ännu mer stöder personalens psykosociala välbefinnande.

Jag är medveten om att en del av resultaten i mitt utvecklingsarbete inte översensstämmer med tidigare forskning och att resultaten inte går att generalisera. Med tanke på att aktionsforskning anses ha uppnått sitt mål först då aktionen har lett till nya idéer och ändring i den praktiska verksamheten, anser jag ändå att mitt utvecklingsarbete fyllde sin funktion.

KÄLLFÖRTECKNING

- Admi, H., Tzischinsky, O., Epstein, R., Herer, P. & Lavie, P. 2008. Shift Work in Nursing: Is it Really a Risk Factor for Nurses' Health and Patients' Safety? *Nursing Economics* 2008(26):250-257.
- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Duodecim* 2005(121):1073-77.
- Ala-Mursula, L., Vahtera, J., Kivimäki, M., Kevin, M.V. & Pentti, J. 2002. *Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences*. *J Epidemiol Community Health* 2002 (56)272–278.
- Albertsen, K., Kauppinen, K., Grimsø, A., Sørensen, B.A., Rafnsdóttir, G.L. & Tómasson, K. 2007. Working time arrangements and social consequences – What do we know? *TemaNord* 2007:607. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Antonovsky, A. 1991. *Hälsans mysterium*. WSOY.
- Bubère, S. 2010. *VAD ÄR DET SOM GER 80-TALISTER ARBETSMOTIVATION?: □ Med fokus på inre och yttre motivationsfaktorer*. Hämtad 14.2.2010. Tillgänglig: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-36019>
- Carlsson, G. 2008. *Critical incident*. 27-39. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). 2008. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Dychawy, I. & Springett, J. 2008. Aktionsforskning och fallstudie. 13-25. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). 2008. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Ewels, L. & Simnett, I. 2005. *Hälsoarbete*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Folkesson, L. 2004. Aktionsforskning – på vems villkor? 111-124. I: Rönnerman, K. (red). 2004. *Aktionsforskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Grönlund, A. 2007. More Control, Less Conflict? Job Demand–Control, Gender and Work–Family Conflict. *Gender, Work & Organization* 14(5):476 – 497.
- Hankonen, R. 2009. Hyvinvointi tuo tulosta. *Tehy* 2009(4):9.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2006. *Työaika-autonomia - yhteisöllistä työvuorosunnittelua*. Hämtad 9.9.2009. Tillgänglig: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2179,14961>
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H., Elovainio, M. 2008. *Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus - hankkeen loppuraportti*. STAKES Raportteja 35/2008:24.

- Hintsala, A. 2005. *Autonomia ammatista poistumisen ennakoijana hoitotyössä*. Kuopion Yliopisto.
- Holme, I.M. & Solvang, B.K. 2000. Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Holter, I.M. & Schwartz-Barcott, D. 1993. Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing* 1993(18):298-304.
- Härmä, M. & Kecklund, G. 2010. Shift work and health – how to proceed? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2010 36(2):81-84.
- Härmä, M., Sallinen, M. & Kandolin, I. 2000. Työajan yhteydet yksilön terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. 13-39. I: Härmä, M. (red). 2000. *Toimivat ja terveet työajat*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Härmä, M., Vahtera, J. & Kompier, M.A.J. 2006. Work-related stress and health—risks, mechanisms and countermeasures. *Scand Journal of Work, Environment & Health* 2006;32(6):413–419.
- Janssen, D. & Nachreiner, F. 2004. Health and psychosocial effects of flexible working hours. *Rev Saúde Pública* 2004(38):11-18.
- Kandolin, I. 2006. Työaikajoustot ja niiden yhteydet työn organisointiin ja hyvinvointiin. *Työ ja ihminen* 2006(3):202-218.
- Kandolin, I. & Hakola, T. 2000. Työaikojen kehittäminen työyhteisössä. I: Härmä, M. (red) 2000. *Toimivat ja terveet työajat*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kandolin, I., Hakola, T. & Härmä, M. 2000. Toimivat työaikamallit. 50-81. I: Härmä, M. (red). Härmä, M. (red) 2000. *Toimivat ja terveet työajat*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kaste 2008–2011. Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården*. 2008. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:6.
- Kauppinen, K. & Toivanen, M. 2006. *Työ, perhe ja muu elämä tasapainoon*. Työterveiset 1/2006 Työn, perheen ja muun elämän yhteensovittaminen Hämtad 27.1.2010. Tillgänglig: [http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkko lehdet/Tyoterveiset/2006-01/](http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkko%20lehdet/Tyoterveiset/2006-01/)
- Kivimäki, R., Karttunen, A., Yrjänheikki, L. & Hintikka, S. 2006. *Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämissuunnitelma 2004–2006*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:69.
- Koivumäki M, Aschan H, Kasanen R, Sinivaara M & Vihersalo M. 2005. *Työaika-autonomialla kohti työhyvinvointia*. HYKS, Jorvin sairaala. Julkaisuja, Sarja B 03/2005.

- Koivumäki, M. 2006. *Työaika-autonomian käyttöönoton työkirja*. Hämtad 9.9.2009. Tillgänglig: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;570;9165;9168>
- Kosonen, K. & Lahtinen, M. 2008. Työaika-autonomian toteuttaminen Etelä-Karjalan keskussairaalassa. *Myö ja työ. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin henkilöstölehti*. 2008(1):14-16.
- Leino-Loison, K, Gien, Lan T., Katajisto, J. & Välimäki, M. Sense of coherence among unemployed nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 48(4):413-422.
- Löfman, P., Pelkonen, M. & Pietilä, A-M. 2004. Ethical issues in participatory action research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004(18):333-340.
- Nilsson, B. 2002. *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv?* Umeå: Umeå universitet.
- Nybom, M. & Torrkulla G.: *Filosofisk ordbok, Filosofia.fi* (Eurooppalaisen filosofian seura ry). Hämtad 23.9.2009. Tillgänglig: <http://filosofia.fi/se/ordbok>
- Patel, R. & Davidson, B. 2003. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Paukkonen, M., Pohjonen, T., Hakola, T., Lindholm, H., Sistonen, H. & Simoila, R. 2007. TERVEET TYÖAJAT -kehittämisen- ja tutkimushankkeen loppuraportti. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 2007:7.
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. I: Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. *Tutkijan eettiset valinnat*. Tampere: Gaudeamus.
- Pisarski, A., Bohle, P. & Callan, V.J. 1998. Effects of coping strategies, social support and work-nonwork conflict on shift worker's health. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 1998 24(13): 141- 145.
- Pryce, J., Albertsen, K. & Nielsen, K. 2006. Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital: a mechanism for improving job satisfaction and work-life balance. *Journal of Nursing Management*. 14(4):282-288.
- Rönnerman, K. 2004. *Vad är aktionsforskning?* 13-30. I: Rönnerman, K. (red). 2004. *Aktionsforskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry. 2009. Hämtad 26.4.2009. Tillgänglig: <http://www.stes-hsf.fi/svenska/framsida>
- Sädevirta, J. 2002. Tämä kirja ilmestyy kipeään tarpeeseen! 81-91. I: Vahtera, J., Kivimäki, M. & Virtanen, P. (red) 2002. *Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Tamm, M. 2002. *Psykososiaa teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

- Tammelin, M. 2009. *Working time and family time*. Jyväskylän yliopisto.
- Trost, J. 2001. Enkätboken. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Tselebis, A., Moulou, A. & Ilias, I. 2001. Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences* 2001(3): 69–71.
- Työterveyslaitos. 2005. *Työterveyslaitoksen vuorotyökysely*. Hämtad 10.2.2010. Tillgänglig: http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/FC1FA085-75C4-4D3C-84A2-B98916949BB5/0/vuokys2_aa_4.pdf
- Työterveyslaitos. 2009. *Työaika-autonomia*. Hämtad 29.1.2010. Tillgänglig: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Palkitseva+ja+luova+vanhustyo/Toimivat+tyoajat/Tyoaika+autonomia/>
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Ala-Mursula, L. & Pentti, J. 2002. Työn hallinta ja työaikojen hallinta. 29-36. I: Vahtera, J., Kivimäki, M., Virtanen, M. (red.) 2002. *Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa. Tutkittua tietoa ja haasteita*. Helsingfors: Työterveyslaitos.
- Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011. Hämtad 11.2.2010. Tillgänglig: http://www.vete.fi/Liitteet/VeTe_tulostettava_www.pdf
- Vihriälä, K. 2008. *Suomen Terveyttä Edistävät Sairaalat ry. / WHO:n Health Promoting Hospitals*. Hämtad 15.4. 2009. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/AA31CF9E-C3AD-4CC5-8BC2-5293F46A49B6/0/KariVihri%C3%A4l%C3%A4170108.pdf>
- WHO. 1998. *Health Promotion Glossary*. Hämtad 23.4.2009. Tillgänglig: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- Williamson, G.R. & Prosser, S. 2002. Action research: politics, ethics and participation. *Journal of Advanced Nursing* 40(5): 587–593.

A. BAKGRUNDSINFORMATION*Ringa in lämpligt alternativ*

Ålder	20-30år	31-40år	41-50år	51-60år	61år-
--------------	---------	---------	---------	---------	-------

Kön	Kvinna	Man
------------	--------	-----

Familj	Ogift	Gift	Sambo	Skild/Änka	Barn
---------------	-------	------	-------	------------	------

Barnens ålder: _____

Utbildning	Närvårdare	Primärskötare	Sjukskötare	Hälsovårdare
-------------------	------------	---------------	-------------	--------------

Examensår	-1960	1961-1980	1981-2000	2001-
-----------	-------	-----------	-----------	-------

Arbetserfarenhet inom vård i år	0-2	2-5	5-10	10-15	15-20	20-
---------------------------------	-----	-----	------	-------	-------	-----

Nuvarande anställning	Tillfällig	Tjänst
------------------------------	------------	--------

Nämn de senaste tre (3) arbetsplatserna och hur många månader kontraktet varade (den nuvarande anställningen borträknad).

B. NULÄGE PÅ MIN AVDELNING

Kryssa för lämpligt alternativ

	väldigt bra	bra	dålig(t)	väldigt dålig(t)	vet inte
Mina önskemål om ledigheter tas i beaktande					
Morgonturerna passar min livssituation					
Kvällsturerna passar min livssituation					
Natturerna passar min livssituation					
Veckoslutsjobb passar min livssituation					
Morgontur efter kvällstur passar min livssituation					
Allas önskemål om ledigheter tas i beaktande jämnt					
Det finns flexibilitet i utdelning av arbetsturena					
<u>Jag orkar i allmänhet med mitt jobb</u>					
<u>Min motivation att komma på jobb efter en ledighet</u>					
<u>Jag trivs på min arbetsplats</u>					
Samarbetet mellan vårdarna på avdelningen fungerar					
Kommunikationen mellan mig och avdelningssköterskan fungerar					
Avdelningens stämning är					
Jag kan påverka mina egna arbetstider					
<u>Mina ledigheter förverkligas enligt mina önskemål</u>					
<u>Jag hinner med regelbunden hobbyverksamhet</u>					
<u>Jag upplever mitt fysiska välbefinnande som</u>					
<u>Jag upplever mitt psykiska välbefinnande som</u>					
Jag upplever att arbetsturena delas ut av avdelningssköterskan					
Mina lediga dagar är för det mesta utdelade i arbetslistan					
<u>Kopplingen mellan jobb och privatliv fungerar</u>					
<u>Då privatlivet kräver mera av mig finns det flexibilitet i arbetsturena</u>					
<u>Jag återhämtar mig efter natturerna</u>					
<u>Min motivation att komma på morgontur efter en kvällstur</u>					
Jag upplever att mina åsikter tas i beaktande av ledningen					
Jag upplever att mina åsikter tas i beaktande av mina kolleger					

C. ÖPPNA FRÅGOR

På vilket sätt skulle Du vilja påverka dina arbetstider?

Beskriv med egna ord hur önskemål gällande lediga dagar och semestrar framförs till avdelningssköterskan.

Förbättringsförslag till planeringen av arbetslistor:

Tack för Dina svar!

A. BAKGRUNDSINFORMATION

Ringa in lämpligt alternativ

Ålder 20-30år 31-40år 41-50år 51-60år 61år-

Kön Kvinna Man

Familj Ogift Gift Sambo Skild/Änka Barn

Barnens ålder: _____

Utbildning Närvårdare Primärskötare Sjukskötare Hälsovårdare

Examensår -1960 1961-1980 1981-2000 2001-

Arbetserfarenhet inom vård i år 0-2 2-5 5-10 10-15 15-20 20-

Nuvarande anställning Tillfällig Tjänst

Önskar Du personligen att arbetstidsautonomiförsöket fortsätter på Din avdelning?

Ringa in din åsikt

Ja **Nej**

B. NULÄGE PÅ MIN AVDELNING

Tänk Dig att arbetstidsautonomiförsöket fortsätter på Din avdelning.

Kryssa för lämpligt alternativ

	väldigt bra	bra	dålig(t)	väldigt dålig(t)	vet inte
Jag orkar i allmänhet med mitt jobb					
Min motivation att komma på jobb efter en ledighet					
Jag trivs på min arbetsplats					
Samarbetet mellan vårdarna på avdelningen fungerar					
Avdelningens stämning är					
Jag kan påverka mina egna arbetstider					
Mina ledigheter förverkligas enligt mina önskemål					
Jag hinner med regelbunden hobbyverksamhet					
Jag upplever mitt fysiska välbefinnande som					
Jag upplever mitt psykiska välbefinnande som					
Kopplingen mellan jobb och privatliv fungerar					
Då privatlivet kräver mera av mig finns det flexibilitet i arbetstiderna					
Jag återhämtar mig efter natturerna					
Min motivation att komma på morgontur efter en kvällstur					

Enligt Din erfarenhet, inverkar arbetstidsautonomi på

Ringa runt din åsikt

rapporteringen?

ja nej kanske vet inte

på vilket sätt?

dokumentationen?

ja nej kanske vet inte

på vilket sätt?

kontinuiteten i vården?

ja nej kanske vet inte

på vilket sätt?

C. ÖPPNA FRÅGOR OM ARBETSTIDSAUTONOMI

Beskriv med egna ord hur Du upplevde arbetstidsautonomi som system att planera arbetsturer.

Vad fungerade bra på Din avdelning under planeringen av arbetsturerna?

Vad fungerade dåligt på Din avdelning under planeringen av arbetsturerna?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Ringa runt din åsikt

ja	nej	kanske	vet inte
----	-----	--------	----------

ja	nej	kanske	vet inte
----	-----	--------	----------

ja	nej	kanske	vet inte
----	-----	--------	----------

ja	nej	kanske	vet inte
----	-----	--------	----------

Tack för Dina svar!

Bästa mottagare!

Jag är sjukskötarstuderande från Yrkeshögskolan Novia och inom ramarna för mitt examensarbete skall jag tillsammans med Er genomföra ett projekt med fokus i arbetstidsautonomi. Arbetstidsautonomi innebär att Ni får själv planera Era arbetsturer på Er avdelning under hösten 2009, men med stöd och hjälp från avdelningssköterskan Katriina Heino och mig.

Mitt mål är att före projektstarten i höst kartlägga Era åsikter och känslor om den nuvarande arbetstidsplaneringen genom att ge Er möjlighet att svara på några enkla frågor gällande bl.a. arbetstider, veckoslutsarbete och hur önskemål i arbetslistorna förverkligas.

Frågeformuläret skall lämnas in senast den 21.8.2009 till avdelningssköterskan Katriina Heino. För att försäkra Er anonymitet i enkäten returneras frågeformuläret i ett slutet kuvert.

Vaje enskilt svar är viktigt för projektet och jag är tacksam för alla Era svar!

Ifall ni har frågor kan ni kontakta mig per e-post: monica.essen-huhtala@novia.fi

Ett stort tack för Ert intresse,

Monica Essén-Huhtala

Yrkeshögskolan Novia

Handledare
HVD, programansvarig lektor Heli Vaartio
Yrkeshögskolan Novia
utbildningsprogram för vård/Åbo
heli.vaartio@novia.fi

Bästa mottagare!

Nu har Du fått testa hur det är att planera arbetsturerna själv!

Med tanke på att försöket kommer att fortsätta på Din avdelning önskar jag att Du kan ta dig lite tid och fylla i det bifogade frågeformuläret. Bakgrundsinformationen är viktig med tanke på statistiken, kartläggningen av nuläge och de öppna svaren är direkt kopplade till Dina upplevelser om arbetstidsautonomi. Svaren kommer att användas i mitt slutarbete, men Ditt svar kommer även att ha en inverkan på hur fortsättningen av arbetstidsautonomiförsöket kommer att se ut på Din avdelning.

Svaren behandlas igen endast av mig och för att försäkra Din anonymitet returneras frågeformuläret i ett slutet kuvert.

Frågeformuläret skall lämnas in senast den 19.2.2010 till avdelningssköterskan Susanna Kienokoski.

Varje svar är viktigt, men givetvis är det upp till Dig om Du vill fylla i frågeformuläret. Jag är ytterst tacksam för varje enskilt svar!

Ifall Du har frågor kan Du kontakta mig per e-post: monica.essen-huhtala@novia.fi

Ett stort tack för Ditt intresse,

Monica Essén-Huhtala

Yrkeshögskolan Novia

Handledare
HVD, programansvarig lektor Heli Vaartio
Yrkeshögskolan Novia
utbildningsprogram för vård/Åbo
heli.vaartio@novia.fi



Monica Essén-Huhtala
monica.essen-huhtala@novia.fi
tel. 040-5949690

ARBETSTIDSAUTONOMI

Vad är arbetstidsautonomi?

- Autonomi = ”vidsträckt rätt att bestämma om egna angelägenheter oftast dock utan full bestämmanderätt” (Nordstedts stora svenska ordbok)
- Arbetstidsautonomi = rätt att bestämma om sina egna arbetsturer inom vissa gemensamt godkända ramar

Varför?

- Studier har visat att oregelbundna arbetsturer är associerade med hälsoproblem och sänkt välbefinnande, speciellt om arbetsturerna bestäms av andra (Janssen & Nachreiner 2004)
- Andra studier har visat att vårdpersonal som arbetar i skift som de själv önskar upplever sitt arbete positivare, har lättare att koppla samman arbete och privatliv → välbefinnandet ökas (Admi et al 2008)
- Behovet av olika arbetstidsarrangemang är beroende av ålder, kön, livssituation. Med arbetstidsautonomi kan dessa skillnader tas bättre i beaktande (Koivumäki et al 2005)
- Arbetstidsautonomi har visats minska den psykiska stressen på arbetsplatsen och öka den allmänna stämningen på avdelningen (Koivumäki et al 2005)

Tidtabell

Maj-juni	Frågeformulär skickas åt alla i personalen på inremedicinska och kirurgiska bäddavdelningen
Sept	Möte med personalen om hur arbetstidsautonomi-försöket förverkligas
Okt-nov	Arbetslistan planeras enligt överenskomna regler
Dec	Frågeformulär skickas åt alla i personalen på inremedicinska och kirurgiska bäddavdelningen
Jan-feb	Slutrapport till alla på avdelningen

Referenser

- Admi, H., Tzischinsky, O., Epstein, R., Herer, P. & Lavie, P. 2008. Shift work in Nursing: Is it Really a Risk Factor for Nurses' Health and Patients' Safety? *Nursing economics* 2008(26):250-275.
- Janssen, D. & Nachreiner, F. 2004. Health and psychosocial effects of flexible working hours. *Rev Saúde Pública* 2004(38):11-18.
- Koivumäki M, Aschan H, Kasanen R, Sinivaara M & Vihersalo M. Työaika-autonomialla kohti työhyvinvointia, 2005. HYKS, Jorvin sairaalan julkaisusarja.

Gemensamma spelregler

- hur gör man om någon inte vill/kan/hinner göra sina egna arbetsturer?
- skall alla ha ett visst antal morgon-, kvälls- och natturer och veckoslut per lista?
- hur många arbetsturer per lista som inte får ändras?
- hur görs det om det finns för många eller för få i något skifte?
- hur många arbetspass efter varandra före ledigt?
- hur långt ledigt minimi/maximi?

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Morgon							
<i>sjukskötare</i>							
<i>primärskötare</i>							
Kväll							
<i>sjukskötare</i>							
<i>primärskötare</i>							
Natt							
<i>sjukskötare</i>							
<i>primärskötare</i>							

ARBETSTIDSAUTONOMI

Möte 21.10.09 kl. 13-14.45

- * Listan som var och en skall planera är 11.1.2010, 3 veckor framåt.
- * Mellan 15.11 - 15.12.09 har vi tid på oss att planera / sätta in turer.
- * Minna sätter fram en lista över minimipersonal / skifte och hur många timmar man skall göra om man har 78,4 %.

Följande spelregler blev bestämda av den närvarande personalen under mötet:

- Alla får välja fritt hur många morgon- / kvälls- / natt-turer man vill göra.
- De som endast vakar får sätta in sina nätter först på listan.
- Var och en får ha 4 "låsta" turer / lista. Märkes genom att ringa runt turerna. (låsta = de som man mest ogärna byter).
- Om man gör 2 eller flera nätter efter varandra har man rätt att vara ledig 2 dagar.
- De som arbetar deltid får ej göra längre dagar för att få flera dagar ledigt.
- Alla måste vara ledig 1 dag / vecka.
- De som är missnöjda med sina turer säger "högt" till.
- Finns en listansvarig som övervakar, ser till att turerna är besatta och vid behov ber personalen diskutera vem som kan byta / ta en annan tur.
- Listansvarig för denna lista utnämndes undertecknande.

Vi har möte med Monica Essen-Huhtala fredag 23.10.09 kl. 13.00 där vi fastslår spelreglerna.

Har man ännu förslag, kommentarer, önskemål angående spelregler kontakta undertecknade eller ta upp det på fredagen.

Med hopp om glada listplaneringar,

Jocke

- Om någon inte vill / kan / hinner planera sin egen lista planerar listansvarige listan.

GEMENSAMMA SPELREGLER

- 1) **Hur gör man om någon inte vill/kan hinner göra sina arbetsturer?**
 - om semester, sjukledig; kontaktar personer och kommer överens hur man gör
 - om inte vill, hinner; får ta det som kommer
- 2) **Skall alla ha ett visst antal morgon-,kvälls-och natturer och veckoslut per lista?**
 - Behöver inte vara ett visst antal morgon-, kvälls-, natturer
 - Högst två veckoslut efter varandra på jobb, men de som gärna jobbar veckoslut får göra det.
- 3) **Hur många arbetsturer per lista som inte får ändras**
 - 5 röda – inte får ändras
 - 5 gröna – förhandlingsbara
- 4) **Hur görs om det finns för många eller för få i något skifte?**
 - diskutera, kompromissa – flexibilitet
- 5) **Hur många arbetspass efter varandra före ledigt?**
 - 6 dagar
 - så många som man vill / som KVTES tillåter
- 6) **Hur långt ledigt minimi/maximi?**
 - 1-4 beroende på hur många arbetspass man jobbat.

Bilaga 10
Svar till del B i preenkät

	väldigt bra	bra	dålig(t)	väldigt dålig(t)	?
Mina önskemål om ledigheter tas i beaktande	5	6			
A% n=11	45 %	55 %	0 %	0 %	0 %
Mina önskemål om ledigheter tas i beaktande	3	11	1		
B% n=15	20 %	73 %	7 %	0 %	0 %
Morgonturerna passar min livssituation	3	4	3	1	
A% n=11	27 %	36 %	27 %	9 %	0 %
Morgonturerna passar min livssituation	4	5,5	2,5	2	1
B% n=15	27 %	37 %	17 %	13 %	7 %
Kvällsturerna passar min livssituation	5	6			
A% n=11	45 %	55 %	0 %	0 %	0 %
Kvällsturerna passar min livssituation	2	5,5	3,5	3	1
B% n=15	13 %	37 %	23 %	20 %	7 %
Natturerna passar min livssituation	2	6	1	2	
A% n=11	18 %	55 %	9 %	18 %	0 %
Natturerna passar min livssituation	4	3	3	4	1
B% n=15	27 %	20 %	20 %	27 %	7 %
Veckoslutsjobb passar min livssituation	6	5			
A% n=11	55 %	45 %	0 %	0 %	0 %
Veckoslutsjobb passar min livssituation	1	8	4	1	1
B% n=15	7 %	53 %	27 %	7 %	7 %
Morgontur efter kvällstur passar min livssituation	1	6	2	2	
A% n=11	9 %	55 %	18 %	18 %	0 %
Morgontur efter kvällstur passar min livssituation	3	3	4	3	2
B% n=15	20 %	20 %	27 %	20 %	13 %
Allas önskemål om ledigheter tas i beaktande jämlikt	2	4			5
A% n=11	18 %	36 %	0 %	0 %	45 %
Allas önskemål om ledigheter tas i beaktande jämlikt	3	2	2,5	4,5	3
B% n=15	20 %	13 %	17 %	30 %	20 %
Det finns flexibilitet i utdelning av arbetsturerna	2	6			3
A% n=11	18 %	55 %	0 %	0 %	27 %
Det finns flexibilitet i utdelning av arbetsturerna	1	5	5	1	3
B% n=15	7 %	33 %	33 %	7 %	20 %

Bilaga 10
Svar till del B i preenkät

	väldigt bra	bra	dålig(t)	väldigt dålig(t)	?
Jag orkar i allmänhet med mitt jobb	3	8			
A% n=11	27 %	73 %	0 %	0 %	0 %
Jag orkar i allmänhet med mitt jobb		14	1		
B% n=15	0 %	93 %	7 %	0 %	0 %
Min motivation att komma på jobb efter en ledighet	1	9			1
A% n=11	9 %	82 %	0 %	0 %	9 %
Min motivation att komma på jobb efter en ledighet	1	11	3		
B% n=15	7 %	73 %	20 %	0 %	0 %
Jag trivs på min arbetsplats	6	5			
A% n=11	55 %	45 %	0 %	0 %	0 %
Jag trivs på min arbetsplats	3	9,5	2,5		
B% n=15	20 %	63 %	17 %	0 %	0 %
Samarbetet mellan vårdarna på avdelningen fungerar	5	6			
A% n=11	45 %	55 %	0 %	0 %	0 %
Samarbetet mellan vårdarna på avdelningen fungerar	3	9,5	2,5		
B% n=15	20 %	63 %	17 %	0 %	0 %
Kommunikationen mellan mig och avdelningssköterskan fungerar	1	8	1		1
A% n=11	9 %	73 %	9 %	0 %	9 %
Kommunikationen mellan mig och avdelningssköterskan fungerar		8	1	1	5
B% n=15	0 %	53 %	7 %	7 %	33 %
Avdelningens stämning är	6	5			
A% n=11	55 %	45 %	0 %	0 %	0 %
Avdelningens stämning är		11,5	3,5		
B% n=15	0 %	77 %	23 %	0 %	0 %
Jag kan påverka mina egna arbetstider	1	6	4		
A% n=11	9 %	55 %	36 %	0 %	0 %
Jag kan påverka mina egna arbetstider		6	8	1	
B% n=15	0 %	40 %	53 %	7 %	0 %
Mina ledigheter förverkligas enligt mina önskemål	3	8			
A% n=11	27 %	73 %	0 %	0 %	0 %
Mina ledigheter förverkligas enligt mina önskemål	2	10	2		1
B% n=15	13 %	67 %	13 %	0 %	7 %
Jag hinner med regelbunden hobbyverksamhet	2	2	7		
A% n=11	18 %	18 %	64 %	0 %	0 %
Jag hinner med regelbunden hobbyverksamhet		5	8	2	
B% n=15	0 %	33 %	53 %	13 %	0 %

Bilaga 10
Svar till del B i preenkät

	väldigt bra	bra	dålig(t)	väldigt dålig(t)	?
Jag upplever mitt fysiska välbefinnande som	2	9			
A% n=11	18 %	82 %	0 %	0 %	0 %
Jag upplever mitt fysiska välbefinnande som	1	9,5	3,5	1	
B% n=15	7 %	63 %	23 %	7 %	0 %
Jag upplever mitt psykiska välbefinnande som	1	10			
A% n=11	9 %	91 %	0 %	0 %	0 %
Jag upplever mitt psykiska välbefinnande som	2	10	3		
B% n=15	13 %	67 %	20 %	0 %	0 %
Jag upplever att arbetsturerna delas ut av avdelningssköterskan		9	2		
A% n=11	0 %	82 %	18 %	0 %	0 %
Jag upplever att arbetsturerna delas ut av avdelningssköterskan		3	6	1	5
B% n=15	0 %	20 %	40 %	7 %	33 %
Mina lediga dagar är för det mesta utdelade i arbetslistan	2	9			
A% n=11	18 %	82 %	0 %	0 %	0 %
Mina lediga dagar är för det mesta utdelade i arbetslistan	2	6	3		4
B% n=15	13 %	40 %	20 %	0 %	27 %
Kopplingen mellan jobb och privatliv fungerar	1	10			
A% n=11	9 %	91 %	0 %	0 %	0 %
Kopplingen mellan jobb och privatliv fungerar		9,5	2,5	2	1
B% n=15	0 %	63 %	17 %	13 %	7 %
Då privatlivet kräver mera av mig finns det flexibilitet i arbetsturerna		9	2		
A% n=11	0 %	82 %	18 %	0 %	0 %
Då privatlivet kräver mera av mig finns det flexibilitet i arbetsturerna		4	4	1	6
B% n=15	0 %	27 %	27 %	7 %	40 %
Jag återhämtar mig efter natturerna	1	9		1	
A% n=11	9 %	82 %	0 %	9 %	0 %
Jag återhämtar mig efter natturerna	1	4	7	3	
B% n=15	7 %	27 %	47 %	20 %	0 %
Min motivation att komma på morgontur efter en kvällstur	1	7	1	2	
A% n=11	9 %	64 %	9 %	18 %	0 %
Min motivation att komma på morgontur efter en kvällstur	1	5,5	4,5	3	1
B% n=15	7 %	37 %	30 %	20 %	7 %

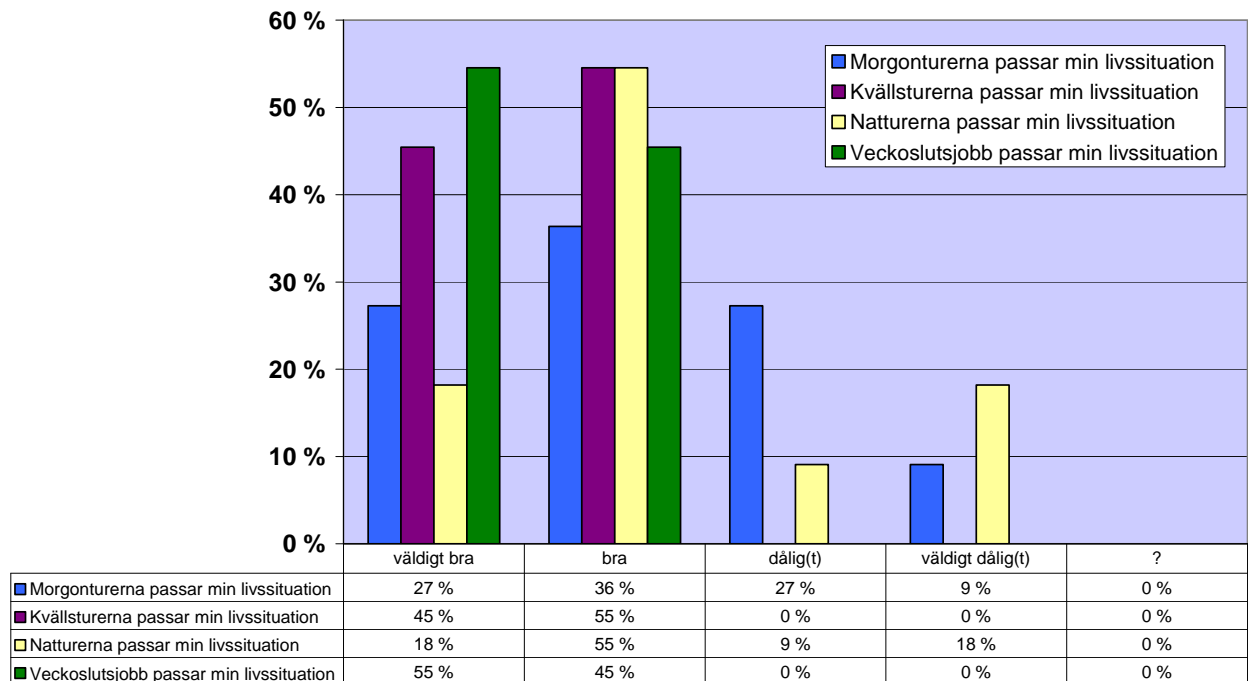
Bilaga 10
Svar till del B i preenkät

	väldigt bra	bra	dålig(t)	väldigt dålig(t)	?
Jag upplever att mina åsikter tas i beaktande av ledningen		6	3	2	
A% n=11	0 %	55 %	27 %	18 %	0 %
Jag upplever att mina åsikter tas i beaktande av ledningen			7	4	4
B% n=15	0 %	0 %	47 %	27 %	27 %
Jag upplever att mina åsikter tas i beaktande av mina kolleger	3	8			
A% n=11	27 %	73 %	0 %	0 %	0 %
Jag upplever att mina åsikter tas i beaktande av mina kolleger		13	1		1
B% n=15	0 %	87 %	7 %	0 %	7 %

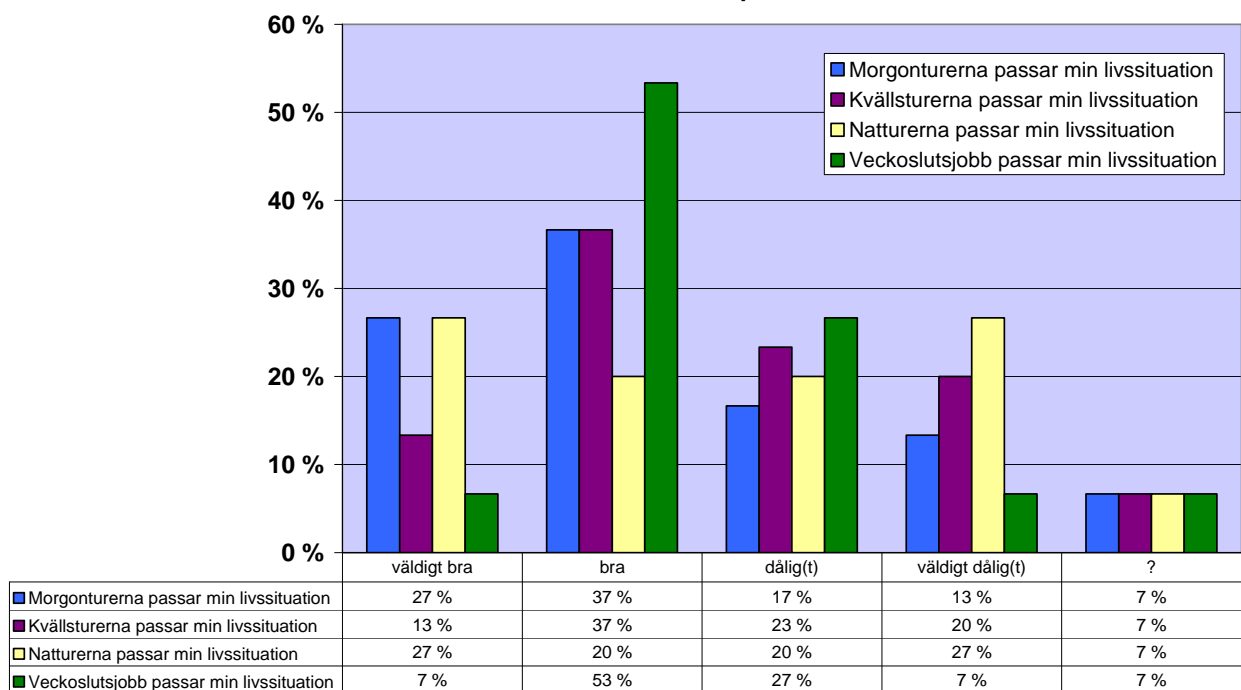
	väldigt bra	bra	dålig(t)	väldigt dålig(t)	?
Jag orkar i allmänhet med mitt jobb	3	4			
A% n=7	43 %	57 %	0 %	0 %	0 %
Jag orkar i allmänhet med mitt jobb	2	8	4	1	
B % n=15	13 %	53 %	27 %	7 %	0 %
Min motivation att komma på jobb efter en ledighet	2	5			
A% n=7	29 %	71 %	0 %	0 %	0 %
Min motivation att komma på jobb efter en ledighet	2	8	3	2	
B % n=15	13 %	53 %	20 %	13 %	0 %
Jag trivs på min arbetsplats	5	2			
A% n=7	71 %	29 %	0 %	0 %	0 %
Jag trivs på min arbetsplats	1	13	1		
B % n=15	7 %	87 %	7 %	0 %	0 %
Samarbetet mellan vårdarna på avdelningen fungerar	3	4			
A% n=7	43 %	57 %	0 %	0 %	0 %
Samarbetet mellan vårdarna på avdelningen fungerar	1	11	2		1
B % n=15	7 %	73 %	13 %	0 %	7 %
Avdelningens stämning är	4	3			
A% n=7	57 %	43 %	0 %	0 %	0 %
Avdelningens stämning är		10	3	1	1
B % n=15	0 %	67 %	20 %	7 %	7 %
Jag kan påverka mina egna arbetstider	2	4			1
A% n=7	29 %	57 %	0 %	0 %	14 %
Jag kan påverka mina egna arbetstider	1	8	4		2
B % n=15	7 %	53 %	27 %	0 %	13 %
Mina ledigheter förverkligas enligt mina önskemål	3	4			
A% n=7	43 %	57 %	0 %	0 %	0 %
Mina ledigheter förverkligas enligt mina önskemål	1	11	2		1
B % n=15	7 %	73 %	13 %	0 %	7 %
Jag hinner med regelbunden hobbyverksamhet	1	2	2	1	1
A% n=7	14 %	29 %	29 %	14 %	14 %
Jag hinner med regelbunden hobbyverksamhet	1	6	6	1	1
B % n=15	7 %	40 %	40 %	7 %	7 %

	väldigt bra	bra	dålig(t)	väldigt dålig(t)	?
Jag upplever mitt fysiska välbefinnande som	2	5			
A% n=7	29 %	71 %	0 %	0 %	0 %
Jag upplever mitt fysiska välbefinnande som	3	9	2	1	
B % n=15	20 %	60 %	13 %	7 %	0 %
Jag upplever mitt psykiska välbefinnande som	3	4			
A% n=7	43 %	57 %	0 %	0 %	0 %
Jag upplever mitt psykiska välbefinnande som	2	10	3		
B % n=15	13 %	67 %	20 %	0 %	0 %
Kopplingen mellan jobb och privatliv fungerar	1	6			
A% n=7	14 %	86 %	0 %	0 %	0 %
Kopplingen mellan jobb och privatliv fungerar	1	10	3	1	
B % n=15	7 %	67 %	20 %	7 %	0 %
Då privatlivet kräver mera av mig finns det flexibilitet i arbetsturena	1	4	1		1
A% n=7	14 %	57 %	14 %	0 %	14 %
Då privatlivet kräver mera av mig finns det flexibilitet i arbetsturena		8	4	2	1
B % n=15	0 %	53 %	27 %	13 %	7 %
Jag återhämtar mig efter naturerna	1	4		1	1
A% n=7	14 %	57 %	0 %	14 %	14 %
Jag återhämtar mig efter naturerna		5	6	2	2
B % n=15	0 %	33 %	40 %	13 %	13 %
Min motivation att komma på morgontur efter en kvällstur	1	3	1	2	
A% n=7	14 %	43 %	14 %	29 %	0 %
Min motivation att komma på morgontur efter en kvällstur		6	6	2	1
B % n=15	0 %	40 %	40 %	13 %	7 %

Hur de olika arbetsturerna passar in på personalens livssituation
på avd A



Hur de olika arbetsturerna passar in på personalens livssituation
på avd B



Bilaga 13
Svar från postenkäten

Enligt Din åsikt,	ja	nej	kanske	vet inte
fick Du tillräckligt tydlig information om arbetstidsautonomi innan försöket påbörjades?	4	1	1	1
A% n=7	57 %	14 %	14 %	14 %
fick Du tillräckligt tydlig information om arbetstidsautonomi innan försöket påbörjades?	9	3	3	0
B % n=15	60 %	20 %	20 %	0 %
fick Du tillräckligt tydlig information om HUR planeringen skall genomföras innan försöket påbörjades?	4	1	1	1
A% n=7	57 %	14 %	14 %	14 %
fick Du tillräckligt tydlig information om HUR planeringen skall genomföras innan försöket påbörjades?	7	5	3	1
B % n=15	47 %	33 %	20 %	7 %
kände Du att Du kunde kontakta mig för att få mera information eller annat stöd?	5	0	1	1
A% n=7	71 %	0 %	14 %	14 %
kände Du att Du kunde kontakta mig för att få mera information eller annat stöd?	8	4	0	3
B % n=15	53 %	27 %	0 %	20 %
var antalet informationstillfällen tillräckligt många?	4	1	1	1
A% n=7	57 %	14 %	14 %	14 %
var antalet informationstillfällen tillräckligt många?	5	4	3	3
B % n=15	33 %	27 %	20 %	20 %

Enligt Din erfarenhet, inverkar arbetstidsautonomi på	ja	nej	kanske	vet inte
rapporteringen?		5		2
A% n=7	0 %	71 %	0 %	29 %
rapporteringen?	5	7	2	1
B % n=15	33 %	47 %	13 %	7 %
dokumentationen?		5		2
A% n=7	0 %	71 %	0 %	29 %
dokumentationen?	2	8	1	4
B % n=15	13 %	53 %	7 %	27 %
kontinuiteten av vården?	1	2	1	3
A% n=7	14 %	29 %	14 %	43 %
kontinuiteten av vården?	10	3	1	1
B % n=15	67 %	20 %	7 %	7 %